



Universidade de Brasília – UnB.
Instituto de Ciências Humanas – IH.
Departamento de Serviço Social – SER.

BARBARA HELIODORA RIBEIRO DA SILVA.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Reflexões sobre as especificidades femininas.

Brasília – DF.

2012.

BARBARA HELIODORA RIBEIRO DA SILVA.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Reflexões sobre as especificidades femininas.

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social – SER, do Instituto de Ciências Humanas – IH, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília – UnB, sob orientação da professora mestre Valdenízia Bento Peixoto.

Brasília – DF.

2012.

BARBARA HELIODORA RIBEIRO DA SILVA.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Reflexões sobre as especificidades femininas.

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília, da estudante

BARBARA HELIODORA RIBEIRO DA SILVA.

Orientadora, Prof^a Valdenízia Bento Peixoto.

Prof^a Kênia Augusta Figueireido.

Examinadora interna.

Cláudia Regina Merçon de Vargas.

Examinadora externa.

O fato que determina a condição atual da mulher é a sobrevivência obstinada, na civilização nova que se vai esboçando, das tradições mais antigas. Simone de Beauvoir, 1949.

Agradecimentos.

“Uns tem fê; outros, montanhas”.

(Milhomem & Ribeiro, 2012. In. Reflexões ao Pôr do Sol).

Agradeço aos caminhos que trilhei para estar aqui hoje. Todos eles, desde os deslizes até os acertos vitoriosos. Grandes e pequenas conquistas, exitosas com a mesma intensidade.

Às boas energias, alto astral, cores e fé que se configuram como minha religião. A crença no que há de bom e faça bem, essa é minha Deusa, e a ela agradeço.

Agradeço à minha mãe, que teve muita paciência com uma leonina, com ascendente em Peixes e lua (quase sempre em desequilíbrio) em Libra. E que com seus conselhos “alternativos” me mostraram que o importante é perseverar, mas quando baterem o stress e a tensão, nada melhor que respirar e criar, inventar, reinventar.

Ao Afroatitude, que no início da graduação me recebeu e me auxiliou na construção da minha identidade como mulher, negra e universitária.

Ao professor Mário Ângelo, um agradecimento especial, por ter acreditado e depositado tanta confiança em nós, integrantes do Afroatitude, colaborando para nossa iniciação em pesquisas, expandindo nossos horizontes e aguçando a vontade de conhecer e produzir mais.

À professora Marlene Teixeira, pela criação do grupo Genposs possibilitando acesso a leituras e reflexões sobre gênero, muitas vezes, raras no decorrer do curso.

À professora Andréia Oliveira, ao gosto que tem pela temática da saúde, tornando cada supervisão de estágio um espaço de debate, educando nossos olhares e visão crítica.

À Cláudia Merçon, pela supervisão no campo de estágio, tornando cada conversa descompromissada uma aula, fazendo com que as quatro horas diárias de estágio fossem as mais proveitosas do dia, e rendessem mais horas de reflexão e questionamentos como “por que não?”, gerando assim o interesse em voltar meu período de estágio para as questões femininas, por que não?

À professora Valdenízia Peixoto, pela dedicação e atenção durante o processo de construção deste trabalho, desde a elaboração do projeto e concatenação das idéias iniciais mirabolantes, soltas, perdidas... até o produto destes meses de pesquisa e execução.

A todo o pessoal da secretaria/SER pela paciência, atenção, carimbos, cópias, assinaturas e tudo mais que fosse preciso...

Agradeço à equipe do SEAD pela recepção tanto no período de estágio quanto na elaboração deste trabalho.

Agradeço a amizade de Hiury Milhomem e Bruna Paixão, quantos risos e choros! E apelidos e anedotas. Momentos gostosos de ócio, andando pela UnB inteira,

por todos os cantos... momentos mais sérios de problemas, que depois de horas, ou dias deixavam de ser problemas... questões mal resolvidas do coração, amores complexos, preocupações com o futuro, com o horário do almoço, com a fila do RU, com o que teríamos de almoço, a que horas nos encontraríamos, preocupação com o tempo correndo enquanto ainda pensávamos no que queríamos ser quando crescer... momentos de amizade companheira, mesmo! E muita alegria, muita! Diversão nas coisas mais simples. E muitas gargalhadas! Quantas gargalhadas!

À Luiana Maia e Bill (só consigo pensar nos dois juntos) que não sei bem como chegaram, mas ficaram, ainda bem! Ao Renato... agradeço por tê-los conhecido e compartilhado bons momentos, de conversas, de cervejas, de sinucas... de papo sério, de papo chato, papo de boteco.

Às flores, belas e lindas: Priscila, Maíra, Lusa, Libele, Guaia, Árina, Rayane, Bia Sabiá... meninas incríveis, do papo bom e presenças calorosas, risos frouxos... lindas, lindas!

E à “luz do Serviço Social”: Iuri Pieroni. Que com sua graça, elegância e bom humor, destrói corações por onde passa.

E, às amigas e amigos... Agradeço a todos!

Pelos risos, happy hours nos fins de tarde, ou começo de tarde adentrando o começo do outro dia.

São todas pessoas fantásticas que coloreem os dias. E tornaram a rotina da UnB ainda mais interessante, sedutora e apaixonante.

Agradeço aos dias de paquera pelo minhocão, momentos de admiração da beleza humana, que tornavam os dias mais românticos, em tons avermelhados e quentes, trazendo breves romances intensos, e curtos olhares eternos.

Ao RU, sem o qual, certamente, eu teria tido menos namoradinhos durante a graduação, e os dias seriam bem menos apaixonantes, talvez até frios.

Às paixões advindas deste processo, que no início mais parecia que seriam basicamente aulas, reuniões de amigos e prazos a serem cumpridos. Mas, destes momentos, vieram as paixões, o gosto por temas específicos de estudo, a construção do conhecimento no cotidiano para além das salas de aula, os encontros e desencontros de ideias e posições. Que se concretizam ali, numa volta pelo minhocão, ou numa rodinha de amigos no gramado.

E, por fim, e não menos importante, não menos importante mesmo! Agradeço aos amores de graduação a todos eles, todos os flertes, ciúmes e paixões, encantos, desencantos, desencontros. Desde os mais ligeiros e superficiais até o mais intenso e verdadeiro, que mesmo não estando perto, se faz presente, meu monstrinho! ♥.

Resumo.

A figura social feminina é pautada por preconceitos biológicos que definem seus espaços sociais. Estes preconceitos por muito tempo permearam os serviços de saúde pública voltados às mulheres, entendendo-as como meros seres reprodutores. O abuso de substâncias psicoativas é fenômeno social ligado diretamente à figura masculina, tem-se a figura feminina de modo passivo, sofrendo as consequências dos homens dependentes químicos de seu convívio. Com a dinâmica da sociedade, temos mulheres com uso problemático de substâncias psicoativas. Como reflexo da organização patriarcal, temos atendimentos voltados exclusivamente ao público masculino, ou em caráter de atendimentos mistos, onde o público masculino prevalece. Estudamos junto ao SEAD/HUB, com base em relatórios elaborados por uma das assistentes sociais do serviço, a importância de atendimentos específicos para mulheres, considerando sua figura criada socialmente, e concluímos que atendimento às mulheres, voltados às suas demandas particulares, concorrem para a permanência e adesão de mulheres ao tratamento do abuso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Abuso de substâncias psicoativas entre mulheres; Saúde da mulher; Serviço Social e abuso de substâncias psicoativas; gênero e psicoativos.

Lista de siglas:

AGENDE – Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento.

CCS – Conselho Comunitário e Social.

CDE – Conselho Deliberativo.

CEFEMEA – Centro Feminista de Estudo e Assessoria.

CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação.

CEP/IH – Conselho de Ética em Pesquisa/ Instituto de Ciências Humanas.

CLADEM/IPÊ - Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher / IPÊ.

CONSUNI – Conselho Superior Universitário.

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

HUB – Hospital Universitário de Brasília.

MEC/MS – Ministério da Educação/Ministério da Saúde.

MP – Medida Preventiva

ONGs – Organizações Não-Governamentais.

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

SEAD – Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

SUS – Sistema Único de Saúde.

THEMIS – Assessoria Jurídica de Estudos de Gênero.

Lista de anexos:

Anexo I: aprovação junto ao CEP/IH

Anexo II: Instrumental de coleta de dados.

Anexo III: Ficha de acolhimento de usuários do SEAD/HUB.

Sumário.

INTRODUÇÃO.....	10
Capítulo 1: PAPÉIS SOCIAIS FEMININOS.....	16
1.1 – Construção da figura social feminina.....	16
1.2 – Violência de gênero.....	22
1.3 – Empoderamento das mulheres ou desresponsabilização do Estado?.....	25
Capítulo 2: O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	28
2.1 – Histórico do consumo de psicotrópicos.....	28
2.2 – O uso de substâncias psicoativas entre mulheres.....	30
2.3 – Consumo abusivo de substâncias psicoativas entre mulheres: estigma e interferência na execução de papéis sociais	32
2.4 – Abuso de substâncias psicoativas: caso de saúde.....	33
2.5 – Atendimentos na saúde a mulheres dependentes químicas.....	37
Capítulo 3: POLÍTICAS DE SAÚDE E PARTICULARIDADES DAS MULHERES.....	41
3.1 –Saúde pública no contexto neoliberal.....	41
3.2 – Serviço Social na saúde.....	47
3.3 – Hospital Universitário de Brasília.....	51
3.4 – Serviço de Estudos e Atenção a Usuário de Álcool e Outras Drogas.....	52
Considerações finais.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	61

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas entre mulheres aumentou nos últimos tempos. Segundo dados do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas realizado em 2001 é maior a frequência do uso de álcool entre as mulheres em relação às outras substâncias. Porém, drogas ilícitas, como maconha, cocaína e alucinógenos, estão se tornando mais comuns entre as mulheres com menos de 30 anos de idade (EDWARDS et al, 1997apud SILVA, 2005 p. 54.).

Ainda de acordo com este levantamento, o maior número de mulheres que se consideram dependentes químicas está na faixa etária dos 18 aos 24 anos. Mulheres de meia-idade¹, em geral, donas de casa consomem substâncias psicoativas em seus lares (FONSECA, 2009), nesta faixa etária, mais especificamente de 35 a 65 anos, tem-se a maior porcentagem feminina com consumo regular de bebida alcoólica, sendo 2,2%, compreendida como 11% da população total (CARLINI; GALDURÓZ; NOTO; NAPPO, 2001).

Os levantamentos realizados em 2001 e 2005 demonstram maior predominância de homens envolvidos com alguma ou várias substâncias psicoativas do que mulheres, justificando assim, maior existência também de atendimentos voltados aos homens dependentes químicos, ou ainda atendimentos mistos, considerando que, a depender da substância pesquisada os dados demonstram um percentual de 90% de homens.

Observa-se que o consumo de substâncias psicoativas entre mulheres é menor se comparado ao consumo dos homens. Diante deste quadro, a feminilização do abuso de substâncias psicoativas, defronta-se com a baixa produção científica especializada (SILVA, 2005; Brasiliano, 2005).

¹ A terminologia meia-idade é utilizada em produções bibliográficas para fazer referência à faixa etária 40 a 60 anos, para homens e mulheres. Este período é marcado pela menopausa, fenômeno fisiológico feminino.

As mulheres estão mais presentes nos serviços de saúde, e de acordo com o Relatório Brasileiro Sobre Drogas de 2009, estas buscam tratamento ao abuso de substâncias psicoativas mais cedo que os homens. Estes dados desconsideram os reflexos do estigma sobre a mulher dependente química, baseia-se principalmente no fato de as mulheres serem a maioria no uso dos serviços públicos de saúde.

Ainda de acordo com este relatório, tem-se que no período de 2004 a 2005, houve um aumento no número de mulheres que já haviam feito uso de álcool.

A porcentagem na faixa etária que engloba os sujeitos de pesquisa do nosso estudo (mulheres de 40 a 60 anos) passou de 59,5% para 67,6%. Um aumento não proporcional à porcentagem de mulheres entrevistadas que se consideram dependentes de bebida alcoólica, tendo como referência o relatório supracitado. Nesta categoria, que declararam-se dependentes, o aumento foi tênue de 5,1% em 2001, para 5,4% em 2005. Ainda assim, o abuso de álcool é o principal motivador da busca por tratamento ao abuso de substâncias psicoativas em ambos os sexos, bem como o que leva ao maior número de internações.

Brasiliiano e Hochgraf (2006, p.289) ressaltam que o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno universal e tão antigo quanto à própria humanidade. Relatos de uso ocasional de álcool datam de 250 mil anos atrás, derivados de opióides são utilizados desde 3000 a. C., o consumo de cânhamo remonta à Antiguidade e há pelo menos 5 mil anos folhas de coca têm sido usadas. Além disso, desde a metade do século XVIII, muitos autores já consideravam o alcoolismo como doença.

Assim, as referidas autoras analisam que ao refletirmos sobre o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas em muitas épocas não limitar-se ao sexo masculino. Além de, há quase dois séculos, seu uso já ser diagnosticado é muito improvável que não ocorressem casos de uso de psicotrópicos entre as mulheres. Destacam ainda que o estudo sistemático desse quadro entre as mulheres tem pouco mais de cinquenta anos, e a busca de abordagens que atendam as suas necessidades tenha um histórico de vinte anos.

Atualmente, é consenso na literatura específica sobre o tema, que durante muito tempo, o uso e abuso de substâncias psicoativas por mulheres permaneceram como um fenômeno oculto em grande parte dos países.

Brasiliano e Hochgraf (2006, p.289) afirmam que esse fenômeno esteve tão escondido nos anos 1980 que quando a busca por tratamentos mais eficazes orientou a investigação científica, no sentido de delimitar subgrupos, os movimentos feministas americanos passaram a defender a criação de programas terapêuticos mais adequados e sensíveis às prioridades femininas, esbarrou-se na extrema escassez de pesquisas que permitissem caracterizá-las como subgrupo.

Uma das causas apontadas para explicar essa escassez de pesquisas é a menor prevalência da dependência de substâncias psicoativas entre mulheres. No entanto, Brasiliano e Hochgraf (2006, p.290) consideram ingênuo supor que ela seja suficiente para explicar todo o atraso e deficiência de dados encontrados em comparação aos homens. Na realidade, esse cenário foi composto por muitos outros fatores, dos quais, certamente, o principal é o estigma social.

Este estigma relaciona-se com o abandono das funções sociais tidas como femininas. O consumo de substâncias psicoativas entre mulheres está relacionado socialmente com promiscuidade e abandono de seu papel: mãe, esposa, cuidadora. Não havendo preparo profissional pra lidar com estas questões a permanência destas mulheres no tratamento pode ser comprometida, justificando a importância da existência de atendimentos específicos a mulheres dependentes químicas.

As conquistas dos movimentos de mulheres organizadas possibilitaram a ampliação dos espaços sociais ocupados por mulheres, estas passaram a ocupar espaços tidos até então como masculinos, neste sentido, houve a adequação ao que estava posto como regra.

Pela dinâmica social supracitada, mulheres em espaços pré-estabelecidos como masculinos, chega-se a mulheres buscando por tratamento ao abuso de substâncias psicoativas, demanda há tempos tida como masculina, com tratamentos generalizados, desconsiderando implicações dos papéis sociais.

O presente estudo foi realizado no Hospital Universitário de Brasília-HUB, junto ao Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas-SEAD, com base nos relatórios elaborados por uma das assistentes sociais do serviço.

O interesse em realizá-lo ocorreu ao observar, durante o período do estágio curricular I e II, as características peculiares de mulheres em situação de abuso de substâncias psicoativas. As demandas expostas durante os atendimentos extrapolam a finalidade de abstinência. Trazem também situações de violência doméstica e violação de direitos, dificuldade em acessar serviços públicos, despreparo para o mercado de trabalho decorrente de baixa escolaridade ocasionada, muitas vezes, por obrigações tidas no meio social e familiar como femininas, caracterizadas, principalmente, pelo cuidado com o lar e familiares.

Voltar o período e os estudos do estágio especialmente às relações de gênero que implicam no quadro de uso abusivo de substâncias psicoativas entre mulheres viabilizou-se através da elaboração e aplicação do projeto de intervenção, atividade obrigatória do estágio, onde foi trabalhada a sexualidade feminina com o grupo de mulheres, já existente no SEAD/HUB, formado por, aproximadamente, quinze mulheres.

Participaram assiduamente cinco mulheres, com idades entre 40 e 70 anos. A temática da sexualidade foi abordada a fim de compartilhar experiências da vida afetiva e sexual desde a iniciação sexual até o momento atual, houve a identificação entre as integrantes do grupo em diversas situações de violência física, psicológica e sexual.

O resultado dos discursos e histórias expostos foi direcionado, por parte das integrantes, à capacidade de “enfrentar os obstáculos” como característica inerente às mulheres em geral, e a compreensão por todas de que o domínio masculino e as situações de violência de gênero contribuíram com a abuso de substâncias psicoativas, seja a violência por parte dos pais, irmãos ou companheiros.

Dentre as cinco que participaram assiduamente, uma era ainda casada e havia sofrido violência por muitos anos de seu companheiro, enquanto as outras eram solteiras ou viúvas. Ter mantido o casamento, no caso da primeira citada, representava a estabilidade familiar, a capacidade de garantir estudo e conforto aos filhos. No caso das

demais a separação ou morte do companheiro representava a liberdade explicitada em discursos como “agora eu consigo dormir tranquila”. O casamento, em geral, foi a forma encontrada para sair da dominação e violência por parte do pai, desenhando-se assim um ciclo contínuo de violência de gênero.

Outra característica feminina, observada durante o estágio, é a demora pela busca a este tipo de atendimento. Em contrário ao que diz o Relatório Brasileiro Sobre Drogas de 2009, a busca por atendimento ocorre, geralmente, quando o envolvimento com a substância psicoativa está em grau elevado se comparado à situação masculina. Ocorre muitas vezes pela vergonha devido ao estigma social sofrido por mulheres dependentes químicas, conforme proposto por Brasiliano e Hochgraf (2006).

No levantamento bibliográfico para a elaboração deste estudo as produções utilizadas demonstram a necessidade da inserção de atendimentos específicos, que considerem a figura feminina pautada pelo patriarcado e submissão à figura masculina.

Estes atendimentos seriam voltados à abordagem de questões majoritariamente femininas no contexto do patriarcado, como: situação de violência doméstica; condição de subordinação aos familiares; o preconceito; dentre outros fatores reflexivos de uma organização social e familiar patriarcal que contribuem para a complexidade do fenômeno do abuso de substâncias psicoativas feminina.

O estudo de Cláudia Merçon Vargas (2002), *‘Semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool’* suscita a importância de atendimentos específicos para mulheres, tendo como recomendação não seguir modelos pré-definidos de atendimentos, considerando as particularidades de cada trajetória de vida, indo além da proposta de abstinência (VARGAS, 2002).

Ao observar a demanda por parte dos estudos sobre mulheres dependentes químicas por produções bibliográficas voltadas à temática e a recorrente ausência de atendimentos específicos apontada em diferentes estudos, surgiu o interesse em analisar os resultados obtidos sem que haja, de fato, este modelo específico para tratar da o uso problemático de substâncias psicoativas entre mulheres.

O presente estudo visa demonstrar a importância destes atendimentos específicos, considerando a construção social da figura feminina, pautada por

preconceitos e condição de subordinação reflexivas da organização social machista e patriarcal. É visado, portanto, identificar de que modo a abordagem de temáticas características femininas contribuem com os atendimentos. Visto que estes são realizados, ainda que de forma incipiente e pouco articulados às demais necessidades de atenção à saúde das usuárias.

O projeto deste estudo foi submetido ao CEP/IH, por se tratar de um estudo com seres humanos, sendo especificamente, histórias de vida. Foi aprovado e identificado pelo número 05-12/2011.

Foi realizado junto ao SEAD/HUB, baseado em bibliografia sobre o tema e análise documental a partir dos relatórios elaborados pela assistente social quando finalizados os atendimentos.

Dentre os relatórios analisados foram eleitos sete, sendo estes, de usuárias na faixa etária entre 40 e 60 anos, com envolvimento em substâncias psicoativas diversificadas e que finalizaram o tratamento junto à assistente social entre os anos de 2008 e 2012. Constatou-se que a permanência, assiduidade e adesão das mulheres aos atendimentos estão relacionadas com a abordagem destes atendimentos ser direcionada às questões tidas como fatores de risco ao consumo de psicoativos. Tais como: aspectos da relação familiar e/ou situação de não pertencimento social.

O primeiro capítulo “papéis sociais femininos” aborda a construção do papel feminino, os caminhos e organizações sociais que construíram o considerado feminino nos dias atuais. Como forma de compreender a forma com que as mulheres se identificam e são identificadas na sociedade.

O segundo capítulo “o uso de substâncias psicoativas” traça o histórico do uso de substâncias psicoativas levando em consideração as diferenças ideológicas e simbólicas das substâncias, como forma de contextualizar os atendimentos às mulheres dependentes químicas.

O terceiro capítulo “políticas de saúde e particularidades das mulheres dependentes químicas” percorre a trajetória de implementação do sistema até a atual situação, finalizando com o Serviço Social na instituição SEAD/HUB.

Capítulo1: PAPÉIS SOCIAIS FEMININOS.

Para melhor compreensão do que chamaremos de especificidades femininas, faz-se necessário abordar a construção do que é tido como feminino nos dias de hoje, e a forma como o papel da mulher se constrói. E, desta forma, correlacionar as implicações destes papéis à dependência feminina de droga.

1.1. Construção da figura social feminina.

Engels (1884), em sua obra *A Origem da Família*, do Estado e da Propriedade Privada, relaciona a desvalorização das mulheres historicamente ao surgimento da propriedade privada. Por este ponto de vista, temos que nos primórdios as funções domésticas exercidas pelas mulheres, ligadas à fabricação de utensílios e preparação de alimentos oriundos da caça e da pesca realizadas pelos homens, eram valorizadas.

As tarefas eram divididas pelo caráter biológico. As mulheres, sendo vistas até então de forma reducionista, como reprodutoras e, ainda de acordo com Engels (1884), com o corpo físico mais frágil, permaneciam nos lares. Porém, suas atividades eram tidas como fundamentais para a economia da época. Com o aperfeiçoamento dos instrumentos de caça, viabilizando assim, o aumento da agricultura, o homem passa a desbravar florestas a fim de tornar o meio ambiente produtivo. Surge, então, a noção de propriedade privada e o homem passa a escravizar outros homens, torna-se proprietário de seus escravos e, conseqüentemente, das mulheres². Este período da história das mulheres é chamado por Engels de “a grande derrota do sexo feminino”. Com os novos instrumentos em mãos, se a situação de confinamento das mulheres em seus lares, devotadas ao trabalho doméstico, lhes assegurava sua autoridade dentro das casas, assegura agora aos homens sua preponderância (ENGELS apud BEAUVOIR, 1980. P. 74), movimento tido por Engels como o “aparecimento da família patriarcal baseada na propriedade privada”.

A visão da desvalorização das mulheres com base unicamente na propriedade privada é desmistificada por Beauvoir (1980), a autora propõe que a soberania

² Análise feita por Simone de Beauvoir, em sua obra *O Segundo Sexo*. 5ªed. 1. Fatos e Mitos, 1980. p, 74.

masculina relaciona-se com as funções biológicas, ideia defendida por Engels como propiciadora da divisão de tarefas. Porém, estas funções não são valorizadas socialmente: a reprodução e o engenho são tidos pela autora como “destino biológico” das mulheres. Enquanto o homem desbrava novos territórios, a mulher se mantém em casa devido aos seus limitantes biológicos, e estas atividades não eram valorizadas pelo fato de a reprodução e manutenção da espécie não serem prioridade, ao passo que se faz necessário conquistar mais espaços geográficos, além dos homens entenderem as mulheres como “o outro”, “o oposto”, por isso não podiam realizar as mesmas atividades.

A autora ressalta, ainda, que é possível a mulher ser menos frágil nos tempos primórdios em que a origem do feminino é estudada, devido à necessidade de maior esforço físico na execução de tarefas.³ Além, do fato das mulheres já sentirem-se aprisionadas por suas funções biológicas, exercendo atividades entediantes e repetitivas.

A autora busca então compreender o que levou as mulheres a se manterem presas às funções biológicas, sinalizando que a dominação masculina sobre as mulheres, além do caráter biológico, relaciona-se com outros determinantes, sobretudo, sociais. Bem como, o fato da realidade ser móvel (SAFFIOTI, 1997) passando por modificações de acordo com o período histórico e condições existentes, modificações estas que implicam sutilmente na figura feminina, tornando o subpapel imposto socialmente quase imutável.

Deve ser considerado ainda, a definição de papéis, a criação das políticas, a produção bibliográfica serem realizadas predominantemente por homens. Engels (1884) propõe que a grande derrota do feminino relaciona-se também com o fim do socialismo, onde os integrantes da sociedade passam de indivíduos semelhantes para mão-de-obra definidos como homens e mulheres pela sua capacidade produtiva. De acordo com Beauvoir (1980), independente do modelo societal, as mulheres ocupam espaços desvalorizados, tanto pelos homens quanto por elas mesmas, em especial porque suas principais atividades não relacionam-se com interesse próprio em exercê-las.

³ Ver mais em O Segundo Sexo. 1. Fatos e Mitos. 5ª edição.

Buscaremos então, a partir desta introdução, a compreensão das definições de papéis e a influência na relação homem/mulher na socialização das mulheres, na criação de políticas para mulheres e o acesso às mesmas.

Conforme disposto em Saffioti (1997), ao se fazer história se produzem padrões de identidades sociais, os quais, embora sujeitos à transformação, são mais estáveis que os papéis sociais cujo desempenho varia em função de circunstâncias específicas (p. 67).

O sujeito integra permanentemente a realidade objetiva com a qual interage (SAFFIOTI, 1997). Logo, mais do que a divisão de papéis sociais, a identificação com estes papéis, como reflexo das repetições cotidianas de funções pré-definidas é mais recorrente socialmente, levando ao interesse e necessidade de estudos acerca desta temática a fim da compreensão para possível desmistificação.

A assimilação de papéis sociais ocorre no cotidiano, as identidades sociais se constroem, sobretudo no plano inconsciente, podendo ser pequena ou grande sua presença no nível consciente. Homens e mulheres fazem a história, produzindo objetivações através de suas práticas sociais (SAFFIOTI, 1997), em nossa sociedade o masculino relaciona-se com a força e a ação enquanto o feminino ao delicado e passivo. As mulheres, por sua capacidade reprodutiva, têm sido reduzidas a seres da ordem da natureza, contrariamente dos homens concebidos como seres da reprodução e da ordem cultural (DUQUE-ARRAZOLA, 2004).

Para dar início aos estudos sobre as diferenças entre homens e mulheres, as estudiosas do feminismo passam a utilizar a terminologia gênero em 1980 (LISBOA; PINHEIRO, 2005). Segundo Scott (1996) as estudiosas feministas de uma forma mais literal e séria, começaram a empregar o “gênero” como forma de referir-se à organização social das relações entre sexos (p. 2). Gênero trata-se de uma forma de discutir as questões das mulheres academicamente. Scott (1996) ressalta ainda que gênero é uma forma de demonstrar que as questões femininas estão relacionadas com as questões masculinas. Ao falar-se sobre mulheres, necessariamente fala-se sobre homens, pois as mulheres estão inseridas no mundo dos homens, no mundo criado pelos homens. Gênero é a categoria utilizada para estudar a divisão social baseada no sexo, bem como a absorção dos papéis sociais interferem na relação entre os dois sexos.

Com a sobreposição do masculino ao feminino, mulheres se tornam propriedades tanto de seus parceiros afetivos, quanto do modelo social pautado no patriarcado. (SCOTT, 1997). Os homens dominam coletiva e individualmente as mulheres. Esta dominação se exerce na esfera privada ou pública e atribui aos homens privilégios materiais, culturais e simbólicos (WELZER-LANG, 2001, p.461) dando origem à violência de gênero. Entende-se este tipo de violência como uma relação de poder, caracterizada pela dominação do homem e pela submissão da mulher (LISBOA e PINHEIRO, 2005). Onde os homens têm as mulheres como objeto de suas ações, e mulheres exercem o papel do gênero feminino, independentemente de terem consciência deste ato, a divisão por gênero divide mulheres e homens de forma generalizada. Logo, os papéis sociais realizados por longos períodos tornam-se parte da subjetividade do sujeito, transforma-se em sua identidade. (SAFFIOTI,2004).

Mesmo sendo crescente o número de mulheres trabalhando fora de casa, exercendo atividades remuneradas, seu papel como força de trabalho tem sido marcado pela invisibilidade e o não-reconhecimento do mesmo como trabalho, além de ser considerado socialmente como atividade complementar e de ajuda aos homens da casa (DUQUE-ARRAZOLA, 2004).

A capacidade de trabalho e manutenção da existência e a execução de atividades produtivas contribuem com o desenvolvimento espacial e/ou econômico, enquanto cotidiano da mulher, dentro do patriarcado, é a doação e o cuidado permanente com o outro (DUQUE-ARRAZOLA, 2004), garantido a soberania masculina. É esperado que em seus lares, as mulheres detenham certo poder e autonomia, estes são validados somente quando, segundo Duque-Arrazola (2004) o marido, ou a figura masculina não está presente, considerando esta figura como agente do papel social tido como masculino. Este poder feminino ocorre por meio de trocas e barganhas (DUQUE-ARRAZOLA,2004) demonstrando que enquanto mães-esposas-donas-de-casa⁴ elas cobram, controlam castigam e gratificam, mesmo reconhecendo que *a voz de mando é do marido*⁵, quando este está em casa (Idem, 2004).

⁴ Nomenclatura utilizada pela autora.

⁵ Grifo da autora.

As mulheres tem esse poder e resistem, de certa maneira, à dominação masculina no seio familiar. Saffioti (2004) preconiza que o poder obtido por trocas e os chamados jogos femininos são reflexos da violência de gênero. Ainda de acordo com Saffioti (2004), as mulheres tendem a buscar por novos papéis, indo contra a passividade, delicadeza e cuidado ao qual sua imagem está relacionada. Mas, não perdem sua identidade feminina, a autora compreende que os papéis socialmente impostos são absorvidos pelos indivíduos. A ruptura com papéis sociais por parte das mulheres pode ser caracterizado pelo ingresso no mercado de trabalho, na realização de atividades para além do âmbito doméstico.

“A contradição predominante enfrentada por muitas das mulheres da classe trabalhadora e da classe média baixa consiste em que a carga de feminilidade (ser submissa, subordinada ao homem, dependente e doméstica) está em franca desconexão com as necessidades cotidianas de suas vidas (a necessidade, por exemplo, de luta pela sobrevivência diária). Complementarmente, para muitas mulheres da classe trabalhadora, a contradição manifesta-se na ruptura entre a vontade de seus maridos (de que permaneçam em casa e sejam submissas) e a necessidade de reconhecimento de sua competência e autoestima” (ANYON apud SAFFIOTI, 1990:14-15).

Mesclando o que é proposto por Saffioti, acerca da absorção dos papéis sociais e a busca por novos espaços sociais, marcado, em especial, pela inserção no mercado de trabalho, tem-se as mulheres cumprindo diversas funções. Além de cuidadora, passa a ser provedora. Ainda que alcance e conquiste espaços para além do âmbito doméstico permanecem incumbidas de exercer suas funções caracterizadas pelo patriarcado como as “atribuições femininas”.

Embora alcançadas diversas conquistas sociais com as lutas sociais feministas, a diferença social baseada na diferença de gênero é um fator notável, ao ponto de se falar na feminização da pobreza, que afeta principalmente as mulheres da classe trabalhadora ou oriundas das classes mais subalternas (DUQUE-ARRAZOLA, 2008).

A opressão das mulheres pelos homens é um sistema dinâmico, no qual as desigualdades vividas pelas mulheres são os efeitos das vantagens dadas aos homens (WELZER-LANG, 2001, p.461) em especial, homens burgueses e brancos. Hoje avançamos em alguns aspectos, quanto à inserção das mulheres em espaços públicos, mas a marginalização feminina é ainda recorrente e traz consigo determinantes históricos. A exclusão social feminina é demonstrada em vários espaços, esta exclusão

ocorre desde a antiguidade grega, onde era tida como normal a exclusão de escravos, crianças e mulheres (FISCHER; MARQUES, 2001).

Devido aos modelos de produção capitalista, e ao papel feminino tido como passivo, o mercado de trabalho se torna uma zona excludente às mulheres. Estando estas educadas ao cuidado com o lar e seus familiares. Não são consideradas “mão de obra qualificada, além da diferença salarial entre homens e mulheres. (DUQUE-ARRAZOLA, 2008). Estas ocupam cargos menos remunerados e mais exigentes em relação a flexibilização do trabalho, característica marcante do modelo capitalista (FISCHER; MARQUES, 2001), atividades laborais são exercidas em condições insalubres, de modo que a mão de obra, o suporte ao trabalhador sejam ainda mais baratas ao empregador.

Considerando os espaços sociais sendo feitos por homens e para homens, a inserção das mulheres nestes espaços é feita por adequação ao que está pronto, no mercado de trabalho, as mulheres vivem em confronto com seus tempos femininos da reprodução e do trabalho profissional (DUQUE-ARRAZOLA, 2008). Desta forma, a jornada de trabalho feminina se estende. Pela necessidade de complementar a renda familiar, e pela divisão de papéis, em que, desde a infância a menina possui brinquedos ligados às funções domésticas, e o menino se distrai com atividades que estimulam a vida social para além do âmbito doméstico (FISCHER; MARQUES, 2001). Desta forma é comum, e tido como natural, as mulheres não contarem com a divisão das atividades domésticas e cumprirem uma dupla jornada de trabalho.

Mesmo inseridas no mercado de trabalho, as mulheres recebem cerca de 60% a menos que os homens (DUQUE-ARRAZOLA, 2008), com os reflexos do histórico de subestimação do feminino aceitam as baixas remunerações, sendo a permanência no mercado de trabalho uma forma de exigir por igualdade salarial e direitos trabalhistas.

Em 1970 buscou-se valorizar o trabalho doméstico através da realização de estudos que o inseriram no tempo de trabalho feminino (BRUSCHINI apud CORDEIRO, 2003). É frequente relacionar o afeto para com os filhos ao tempo de dedicação das mães (CORDEIRO, 2008). Cuidar dos filhos é a atividade que consome mais tempo das mulheres, o tempo das mulheres é mais utilizado para a manutenção da reprodução social do que para a execução de atividades remuneradas. Segundo Simone

de Beauvoir (1980), a execução de tarefas impostas e repetitivas, além de não valorizadas, contribui com a assimilação por parte das mulheres aos seus papéis e funções secundárias.

O tempo utilizado para o cuidado com os familiares, sejam eles filhos, parentes idosos ou enfermos, poderia ser empregado em tarefas remuneradas, esta figura feminina de devoção à família é um dos fatores que implicam na dificuldade de adequação ao tempo de trabalho remunerado. Ainda que se valorize o trabalho da mulher, mantém-se a ideia de que ela deve garantir o cuidado com os filhos e cumprir com suas funções de mãe e esposa (CORDEIRO,2008,p.80). Portanto, a rotina de trabalho das mulheres é mais exaustiva, e ainda assim, menos remunerada.

1.2. Violência de gênero.

A violência de gênero, como proposto por Saffioti (1997), é um tema amplo que engloba as diversas formas de submissão feminina, seja em âmbito doméstico ou social. A violência de gênero se define pela violência doméstica e pelo poder que a sociedade exerce sobre as mulheres, seja pelos seus corpos ou decisões.

Trazendo o tema ao público estudado pode-se considerar a violência doméstica como a dominação baseada no gênero mais notada por quem a sofre, bem como, a violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher (BRASIL, 2009). Pois se apresentam em atos de violência física, notável aos olhos, diferentemente da violência psicológica, que muitas vezes passa despercebida.

A inserção da perspectiva de gênero em atendimentos de saúde para mulheres (SILVA, 2005) cria um espaço onde estas questões serão discutidas no sentido de trabalhar a conscientização feminina sobre quadros que possam ser despercebidos ou naturalizados.

A repressão à violência contra a mulher é uma conquista recente, o que há alguns anos atrás era visto como direito dos maridos: surrar suas esposas, além de outras formas de violência contra a mulher. Hoje é considerado pela ONU como uma violação dos Direitos Humanos e como um problema de Saúde Pública (LISBOA; PINHEIRO, 2005).

A coibição da violência contra a mulher é assegurada pela Lei Maria da Penha (11.340/2006), que classifica a violência doméstica como: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. A assistência às mulheres vítimas de violência doméstica deve ser produto da articulação entre Lei Orgânica da Assistência Social, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Segurança Pública. A implementação da referida lei se deu após reivindicações de grupos de mulheres organizadas, se posicionando inicialmente contra mitos sociais como “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher” e identificando a violência sofrida por mulheres no âmbito doméstico como crime.

A proposta foi elaborada por ONGs (ADVOCACY, AGENDE, CEPIA, CFEMEA, CLADEM/IPÊ e THEMIS), depois de discutida e reformulada por um grupo interministerial coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, enviadas ao Congresso Nacional⁶. A Lei Maria da Penha coíbe a violência contra mulher assegurando atenção integral. Conforme disposto no Art. 3º:

Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2006).

O Art. 9º da referida Lei explicita a articulação necessária para garantir o artigo supracitado:

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso. (BRASIL, 2006).

A partir da Justiça e da Polícia, quando é feita a denúncia, a mulher vítima de violência doméstica e familiar será encaminhada a programas assistenciais e a atendimentos na saúde.

O entendimento de violência, de acordo com Saffioti (2004), não julga as mulheres como sujeitos passivos, como quem recebe a agressão, levando ao

⁶ Fonte: <http://www.sepm.gov.br/legislacao-1/lei-maria-da-penha/leimariadapenha-1.pdf>

entendimento de passividade imposta à figura do feminino no decorrer dos tempos. Considera-se importante mostrar que as mulheres são vítimas da violência de gênero, o que não significa tomá-las como passivas. (SAFFIOTI, 2004). Ao passo que as mulheres compõem a sociedade e o sujeito integra permanentemente a realidade objetiva com a qual interage (SAFFIOTI, 2004), exercendo funções previamente impostas, bem como ocorre com os homens, a violência de gênero é fruto da assimilação de papéis impostos.

A prevenção da violência contra a mulher passou a ser tema das reivindicações feministas nos anos 1980, tornando, deste modo, debate público. Vindo à tona a temática da violência contra a mulher, o impasse encontrado foi a capacitação dos profissionais que atenderiam estas mulheres, além da importância de se fazer as denúncias a fim de conscientizar a sociedade. Logo, o primeiro momento esteve mais ligado às denúncias aos atos de violência contra as mulheres, e depois a criação de redes capacitadas para atendê-las (LISBOA; PINHEIRO, 2005). As redes de atendimento às mulheres vítimas de violência, por mais que recentemente tenham alcançado importante conquista, como as novas possibilidades da aplicação da Lei Maria da Penha⁷, ainda apresentam algumas falhas, influenciando diretamente na integridade física e mental de mulheres vítimas de violência.

Dada a organização social de gênero, de acordo com a qual o homem tem poder praticamente de vida ou morte sobre a mulher (a impunidade de espancadores e homicidas revela isto) no plano de *facto*, a mulher, ao fim e ao cabo, é vítima, na medida em que desfruta de parcelas muito menores de poder para mudar a situação (SAFFIOTI, 1997, p.70), podendo acarretar na perda de credibilidade por parte das mulheres para denunciar seu agressor, sendo este muitas vezes, quem garante o seu sustento.

⁷ Supremo Tribunal Federal reconheceu a Constitucionalidade dos Art. 1, 33 e 41 da Lei Maria da Penha e eliminou a representatividade da vítima em processo criminal contra o agressor. O julgamento, considerado histórico pelos movimentos feministas, acatou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 4.424) proposta em 2010 pela Procuradoria Geral da República. Fonte: <http://www.sepm.gov.br>

1.3. Empoderamento das mulheres ou desresponsabilização do Estado?

Compreendendo as mulheres como sempre em desvantagem, independentemente do espaço que ocupem, a sociedade caminha para a noção de empoderamento das mulheres, ideia bastante recorrente nas ONGs voltadas para mulheres.

Para alcançar este empoderamento, inicialmente deve se despertar nas mulheres a consciência sobre as diferenças de gênero (LISBOA, 2008), estimulando desta forma a visão crítica sobre as situações cotidianas de discriminação e violência de gênero às quais estão expostas.

O empoderamento é tido como um passo inicial (LISBOA, 2008) para as mulheres se tornarem, de certo modo, grupos de mulheres organizadas, exigindo por seus direitos e ampliando seus espaços sociais. Com o objetivo de alcançar a igualdade, igualdade esta respeitando as diferenças. E não o utilizando como forma de discriminação entre homens e mulheres, busca-se o fim da feminização da pobreza.

Nesta síntese do que vem a ser o empoderamento feminino, é notável a responsabilização das mulheres pelas privações que sofrem em decorrência da dominação de gênero. Ao afirmar que tornando as mulheres empoderadas alcança-se o fim da feminização da pobreza, equivale a entender que a feminização da pobreza ocorre devido à falta de conscientização das mulheres acerca das desigualdades existentes entre homens e mulheres. Ou seja, as mulheres ocupam secularmente, conforme exposto neste estudo, espaços secundários e desvalorizados socialmente por não serem empoderadas.

A lógica do empoderamento feminino contribui com a lógica neoliberal, desresponsabilizando o Estado e tornando as mulheres responsáveis por ocuparem espaços restritos ao lar e assumirem papéis socialmente impostos. Como proposto por Saffioti (1997),

a mulher é um ser ambíguo por excelência, não chegando, muitas vezes, a atingir o nível da ambivalência. Desta sorte, uma mesma mulher adota condutas distintas para responder a um mesmo apelo social, podendo este comportamento representar uma acomodação ou uma resistência, de acordo com a peculiaridade da situação (Saffioti, 1997, p. 71/72).

Portanto, mesmo que válida a noção de tornar as mulheres empoderadas para buscarem e reivindicarem por seus direitos deve ser entendido que muitas situações vividas cotidianamente interferem, como dito também por Saffioti (1997), na subjetividade do indivíduo. Segundo Beauvoir (1980) a mulher não se reivindica como sujeito porque não possui os meios concretos para tanto (Beauvoir, 1980, p.15). Para além do empoderamento das mulheres, faz-se necessário a ampliação dos espaços sociais destas, e a adequação do mercado de trabalho às suas necessidades.

Como resultado do levantamento bibliográfico para a elaboração deste estudo, bem como no processo de elaboração do projeto de intervenção do estágio curricular, temos que, as especificidades femininas relacionam-se, em especial, com a subestimação e desvalorização das tarefas tidas como femininas. As situações de violência de gênero ocorrem tanto por seu parceiro afetivo, no âmbito doméstico, como na esfera pública: dificuldade em ocupar espaços públicos, diretamente relacionada às suas funções biológicas.

A figura reprodutiva das mulheres as limita ao espaço doméstico interferindo na conquista de espaços diferentes devido ao despreparo profissional, ou ainda, à sociedade que, baseada em modelos patriarcais e machistas, não busca se adequar às implicações das funções biológicas femininas. Temos mulheres em uma sociedade que não as considera como parte produtiva, o que justifica a existência de inúmeros movimentos sociais feministas. Portanto, o empoderamento das mulheres, para que de fato ocorra, deve ser pautado na exclusão social da mulher compreendida como secular e diferenciada (FISCHER e MARQUES, 2001), o que se tem como o empoderamento hoje trata as questões de desigualdade de forma pontual e desvinculada do processo histórico da construção do papel secundário das mulheres.

Não se pode pensar em empoderamento feminino em uma sociedade patriarcal, pois, estas que possam, porventura, ser tidas como empoderadas não terão espaço para execução de tal poder. A noção feminina, ainda hoje, representa o assim chamado por Simone de Beauvoir em 1949: O Segundo Sexo. Figura sem espaço oficial para além do âmbito doméstico.

Capítulo 2: O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Neste capítulo serão abordadas as transformações do simbolismo do consumo de psicotrópicos, a fim de contextualizar as funções sociais do consumo destas substâncias até seu consumo problemático. Abordaremos desde o consumo como forma de representação ideológica, a criminalização do usuário, o consumo entre mulheres e as implicações da abuso de substâncias psicoativas na execução de seus papéis sociais, até o entendimento da dependência como caso de saúde, onde serão analisadas as formas de atendimentos existentes.

2.1. Histórico do uso de substâncias psicoativas.

O uso de substâncias psicoativas está presente em toda a história da humanidade, em diferentes culturas, e marca a relação existente entre seres humanos e distintas práticas de consumo, em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas: como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada, correspondendo a uma prática humana milenar e universal (MORAES, 2011). Com registros anteriores a IV a.C. O uso era basicamente medicinal e em rituais religiosos ou como forma de suportar as condições climáticas e/ou trabalhistas (BRASILIANO, 2005; RABELO; CALDAS, 2007; RONZANI; FURTADO, 2010).

Atribui-se ao surgimento da burguesia a mudança das normas culturais com respeito ao álcool. Se inicialmente foi-lhe atribuído um significado quase demoníaco, no final do século XIX “beber foi considerado um valor da classe social baixa, que entre mulheres estava associado também à prostituição e à perda de valores morais” (HEALTH CANADA apud BRASILIANO, 2001, p.11.), em cada contato com novos povos a forma de uso das substâncias psicoativas passou por mudanças (RONZANI; FURTADO, 2010).

O consumo de álcool está presente em diferentes culturas (RONZANI; FURTADO, 2010), com vários simbolismos, em geral ligados a confraternizações e reuniões. Hoje, os transtornos relacionados ao seu uso excessivo são responsáveis pela maioria das internações clínicas para tratamento (BRASIL, 2009). A principal mudança

no simbolismo das drogas ocorre no período pós-guerra, onde jovens criaram movimentos no intuito de contestar as imposições existentes até então. Movimentos como *beat*⁸ e o movimento *hippie* tiveram grande repercussão na crítica ao consumismo e autoritarismo por parte das esferas públicas e familiares (ALMEIDA s/d; SILVA, 2005).

Nesta onda de liberação do modo de vida observa-se o consumo de substâncias psicoativas, em especial, marijuana, haxixe, maconha e seus derivados, como forma de contestação política. Logo, nesta época, o consumo de tais substâncias, esteve ligado a grupos de jovens engajados politicamente, que compunham a classe social média ou alta (RONZANI; FURTADO, 2010).

Em meados da década de 70 e início da década de 80, o consumo de cocaína aumenta entre a burguesia, seu consumo era ligado ao consumismo e ascensão social (FERREIRA; MARTINI, 2001; AZEVEDO, 2000), e ainda hoje, em algumas produções bibliográficas, encontra-se a ideia de seu consumo relacionado à burguesia devido ao seu preço elevado se comparado a outras substâncias. Os anos 80 marcam a preocupação com os problemas de saúde relacionados ao consumo excessivo da substância (AZEVEDO, 2000), sendo esta a mesma época do surgimento do HIV, logo houve a relação entre o uso injetável da cocaína e a disseminação do vírus entre os usuários que compartilhavam seringas, situando-se aqui os precedentes da lei de redução de danos⁹.

Com a popularização do uso da cocaína, e os agravos na saúde pela sua forma injetável, surgem seus derivados, em especial, o *crack*, a cocaína cristalizada, que alcança todas as classes sociais, mas mantém-se entre as mais baixas em sua fase inicial,

⁸ A Geração *Beat* surgiu no seio da subcultura Hipster (grupo identificado pelo modo peculiar de vestirem-se, criavam sua moda) nova-iorquina, não se restringindo à ela. A 2ª Guerra Mundial legou a parcela da geração de jovens do Pós-guerra sensação de pessimismo em relação à cultura ocidental. Esses jovens americanos, os Hipsters, buscaram respostas no existencialismo francês, no niilismo de Spengler, Nietzsche e Dostoiévski (ALMEIDA, s/d.). Pregavam o sexo selvagem e o consumo abusivo de drogas (PEKAR, HARVEY, 2010). Segundo bibliografia a respeito, esta geração findou-se devido aos seus hábitos.

⁹ A proposta inicial da redução de danos surgiu com a disseminação de doenças infectocontagiosas decorrente do consumo de substâncias injetáveis com compartilhamento de seringas. Eram distribuídas aos “grupos de risco” seringas. Hoje a redução de danos, além destas medidas, compreendem o atendimento a dependentes químicos para além da abstinência como o único resultado satisfatório. Considera o sujeito como parte atuante do tratamento, cabendo a ele a opção pela abstinência total ou o consumo consciente.

início dos anos 1990 (BRASIL, 2009; SILVA, 2005), hoje temos o consumo do crack como um fenômeno alarmante que atinge a diversas classes sociais em diversos países (SILVA, 2005).

2.2. O uso de substâncias psicoativas entre mulheres.

Como observado na criação/imposição dos papéis sociais, as mulheres são sujeitos “infiltrados” numa sociedade inóspita. Em se tratando de espaços para além do âmbito doméstico, e até mesmo no âmbito doméstico, onde muitas são vítimas de agressões diárias, considerando estas questões, consensualmente tomadas como femininas, abordaremos a questão central deste estudo: o consumo de substâncias psicoativas entre mulheres.

As motivações para o início do consumo de substâncias psicoativas são manifestadas de maneiras diferentes para as mulheres e para os homens (BRASILIANO, 2005), bem como os fatores de risco. Em comparação aos homens, o consumo destas substâncias ocorre tardiamente. As mulheres apresentam, em geral, sintomas relacionados ao consumo excessivo de álcool. Tornam-se mais vulneráveis a receber agressões, sentem maior culpa e vergonha, assim como a necessidade de tratamento diferenciado (ALMEIDA; SCHEFFER, 2010).

Em relação às motivações para o início do consumo, os homens demonstram motivos mais externos, como o efeito causado pela substância psicoativa com a qual está envolvido, e as mulheres, fatores internos: depressão; sensação de não pertencimento social; angústia. (SILVA, 2005). Esta diferença relaciona-se com a ocupação de espaços públicos pautada pelas relações de gênero. Enquanto os homens tem acesso a diversos lugares e são educados para desbravar e conhecer novos espaços, as mulheres, desde a infância, são estimuladas a permanência no lar. A socialização dos homens estimula comportamentos de exposição e superação de riscos, de provisão financeira da família e de expressão de poder por meio da violência (MORAES, 2011). Sendo assim, os homens tem a possibilidade de iniciar o consumo de substâncias psicoativas em espaços de socialização com amigos, enquanto as mulheres recorrem às substâncias quando em conflitos emocionais.

Os fatores de riscos, aos quais em situação de abuso de substâncias psicoativas, as mulheres estão expostas, se manifestam pelas diferentes formas de violência de gênero sofridas, seja física, psicológica ou sexual. Dentre as substâncias químicas com as quais mulheres têm maior comprometimento, estão o cigarro, o álcool, as anfetaminas e cocaína (LEAL, 2009).

O aumento de mulheres dependentes químicas relaciona-se também com a facilidade com que as substâncias são encontradas nos tempos atuais (SILVA, 2005), é possível obter psicotrópicos sem a necessidade de circular por locais que ponham em risco a integridade física. O envolvimento com substâncias químicas por parte das mulheres não se reduz às substâncias encontradas em farmácia (BRASILIANO, 2005).

O primeiro contato com as substâncias ocorre, muitas vezes, através do parceiro afetivo (SCHEFFER; ALMEIDA, 2009). Situações ligadas à violência de gênero também contribuem com o início do consumo de substâncias psicoativas, alguns estudos demonstram quadros de violência durante a infância, adolescência, ou mesmo, violência por parte de seus parceiros afetivos.

O tratamento de dependentes químicos de forma generalizada, sem que haja distinção de sexo, voltados a uma atenção integral às especificidades dos usuários de substâncias psicoativas, sejam homens ou mulheres é por vezes defendido. (MORAES, M. 2011). Em contrapartida, já é praticamente consensual na literatura que mulheres dependentes químicas obtêm maior benefício quando tratadas em programas exclusivos para elas.

Homens e mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam múltiplas diferenças baseadas em uma complexa interação entre fatores sociais, genéticos, hormonais, neurofisiológicos e ambientais (WALTER et al., 2003, apud BRASILIANO, 2005). Além de programas só para mulheres obterem resultados benéficos adicionais e serem mais efetivos, particularmente quando suas abordagens são intensificadas e dirigidas especificamente às necessidades da população que atende. (BRASILIANO, 2005).

Em intervenção realizada, durante o período de estágio, com mulheres em manutenção da abstinência, revelou dentre as cinco participantes quadros de violência

sexual na infância entre 4 delas, e violência doméstica e sexual entre todas¹⁰. A ideia da dominação masculina traduzida pela violência de gênero como um dos fatores do abuso de substâncias psicoativas, diante deste quadro, é reforçada. Este grupo, em sua maioria é composto por dependentes alcoólicas, tendo apenas uma com envolvimento em substâncias psicoativas diversificadas, as integrantes relatavam sobre a sensação de relaxamento que o álcool proporcionava, ou como uma forma de “parar de pensar”. O início do consumo do álcool, em geral, em relação ao grupo citado, ocorreu em casa, enquanto realizavam as tarefas domésticas, ou observando e copiando o comportamento dos pais.

É recorrente a permanência dos quadros de violência, onde algumas saíram de casa para “livrarem-se” da dominação paterna, casando-se e mantendo o processo de opressão e submissão por seus companheiros. O consumo de substâncias químicas é vivido como uma fuga da realidade.

2.3. Consumo abusivo de substâncias psicoativas entre mulheres: estigma e interferência na execução dos papéis sociais.

Embora crescente o consumo abusivo de substâncias psicoativas entre mulheres, o número de homens dependentes químicos ainda é maior (SILVA, 2005). Nos anos 80 se iniciou o interesse por parte das reivindicações feministas por atendimentos específicos para mulheres dependentes químicas, desde este período já era notável a ausência de estudos nesta área (BRASILIANO, 2005). Podemos considerar este fator como reflexo do preconceito em torno da dependência química feminina, tornando, assim, o tratamento à doença generalizado, onde as mulheres se adaptam ao tratamento tido primeiramente aos homens.

Devido aos papéis sociais, as mulheres quando em situação de abuso de substâncias psicoativas, são duplamente penalizadas e estigmatizadas. Uma pessoa estigmatizada pode ser percebida como “desviante ou marginalizada ante uma situação específica” (RONZANI; FURTADO, 2010, p.329).

¹⁰ Relato faz parte do projeto de intervenção sobre sexualidade feminina citado na introdução. O projeto de intervenção é atividade obrigatória no processo de estágio, foi realizado junto às pacientes do SEAD em manutenção da abstinência no “grupo de mulheres” ligado ao atendimento da psicologia.

O consumo de substâncias psicoativas está relacionado ao comportamento masculino. As mulheres com uso problemático de substâncias psicoativas são culpabilizadas tanto pelo consumo quanto pelo “desvio de caráter” (FONSECA, 2009) por assumir um comportamento, no imaginário social, relacionado ao abandono do exercício de suas funções sociais (SILVA, 2005), tais como: cuidar da casa, dos filhos e cumprir com suas atribuições de esposa. O estigma é o principal fator para atrasar a busca por atendimento, interferindo até mesmo no contato inicial da usuária com o profissional que a atende. O tratamento do homem com uso abusivo de substâncias psicoativas ocorre com mais antecedência que o da mulher (BRASILIANO, 2005). Infere-se daí que a mulher, quando busca atendimento, encontra-se mais comprometida com a substância da qual faz uso.

Enquanto para os homens, os familiares e amigos os estimulam a buscar tratamento à abuso de substâncias psicoativas, as mulheres declaram sentirem-se pouco apoiadas. (TURNER et al., 1998;1999;2001;2002;2002;2003 apud BRASILIANO, 2005). O que pode ser constatado nas histórias de vida eleitas para a elaboração deste estudo, bem como de muitas outras, em discursos relativos à vergonha por parte dos familiares, em principal, dos filhos. A iniciativa das mulheres em relação ao tratamento do abuso de substâncias psicoativas relaciona-se diretamente com a preocupação com seus familiares. Em geral, as mulheres buscam o serviço sozinhas, ou acompanhadas pela mãe, irmã, amiga, tia, vizinha, etc. (outras mulheres de seu convívio). Enquanto os homens vão acompanhados por suas companheiras, ou outra figura feminina de seu convívio. Ocorre ainda o fato de mulheres buscarem os serviços do SEAD devido ao consumo abusivo ou abuso de substâncias psicoativas por parte dos homens, sendo seus companheiros, filhos, irmãos ou pais, sem que este a acompanhe ou tenha interesse em iniciar o tratamento.

O tratamento ao abuso de substâncias psicoativas dos homens ser visto como mais urgente e estimulado por seus familiares vai de acordo com as implicações de seus papéis sociais, principalmente, o papel de provedor. No caso das mulheres, os parceiros afetivos tendem a abandoná-las (SILVA, 2005). Este descaso, abandono ou despreparo para lidar com a situação, por parte dos homens em relação às suas companheiras é observado nos grupos de familiares de dependentes químicos existentes em instituições

de tratamento ao abuso de substâncias psicoativas, onde, em sua exorbitante maioria, são compostos por mulheres, sejam elas: mães, irmãs, amigas, esposas ou filhas.

Apesar das mudanças ocorridas nos papéis sociais, não é difícil observar que o preconceito contra as mulheres mantém-se até os dias de hoje (BRASILIANO,2005). A exposição da origem deste preconceito por parte da sociedade para com as mulheres dependentes químicas deve-se ao rompimento com as características pré-definidas das mesmas. O debate atual aponta para a desmistificação destes papéis, tornando as mulheres conscientes de seu espaço na sociedade como sujeitos de direitos, antes de esposas, mães e donas de casa, propondo contribuir com a permanência destas mulheres nos tratamentos ao abuso de substâncias psicoativas.

2.4. Abuso de substâncias psicoativas: caso de saúde.

O consumo excessivo e problemático de substâncias psicoativas passa a ser caso de saúde pública e preocupação judicial quando estimula o tráfico de drogas. Além de refletir na perda de controle do indivíduo sobre sua vida, sendo esta situação analisada de modo funcional, a figura do indivíduo como mão-de-obra, o abuso de substâncias psicoativas torna-se prejudicial aos interesses do capital (SILVA, 2005).

Historicamente, o quadro de abuso de substâncias psicoativas é associado, e resumido, muitas vezes, à violência e pobreza. Portanto, as medidas para o combate de uso de psicotrópicos teve por muito tempo caráter policialesco (SILVA, 2005), valendo-se da punição aos envolvidos com substâncias psicoativas como estratégia para reduzir o fluxo de narcóticos na sociedade.

A criação de órgãos para tratar a questão do abuso de substâncias psicoativas, em 1980, atende a Lei nº 6368/76, hoje inteiramente revogada, que dispõe sobre a repressão ao tráfico de substâncias entorpecentes, teve como resultado o decreto nº 85.110 de 02 de setembro de 1980, que institui o sistema nacional de prevenção, fiscalização e repressão ao uso de entorpecentes, também revogado. Estabelece-se então a criação de conselhos federais, estaduais e municipais (SILVA, 2005). As intervenções eram repressivas, voltadas às substâncias psicoativas ilegais.

O atendimento a usuários/dependentes de substâncias psicoativas foi iniciado nos anos 1980 e passou por diversas modificações. Estas com o intuito de relacionar a temática com a área da saúde, reduzindo o caráter judicial com que eram tratados usuários e dependentes químicos (SILVA, 2005). No início da elaboração de tais políticas, leis e portarias, o objetivo foi exclusivamente a abstinência (SILVA, 2005), postura observada com o passar do tempo, por alguns estudiosos da área, como autoritária e violenta.

As iniciativas aos atendimentos a este grupo específico são ligadas à área da saúde mental, havendo muitas vezes o tratamento junto à pacientes com sintomas psiquiátricos, quando se trata de internações em hospitais públicos.

A Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde foi elaborada em consonância com a Lei Federal nº 10.216/2001¹¹, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, adotada também pela Política de Saúde Mental. Este caráter repressivo aos dependentes químicos vem sendo modificado pela implantação da lei de redução de danos (BRASIL, 2004). Ou seja,

reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2004, p.10).

A Redução de Danos surge em 1989, como forma de suprir ausências observadas na Política de atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. No Brasil foi aplicada inicialmente em São Paulo, mas já existia em outros países como Holanda e Inglaterra (BRASIL, 2004). Esta noção de Redução de Danos foi desenvolvida, como supracitado, na área de prevenção do HIV/AIDS (SILVA, 2005), ao observar entre os chamados “grupos de risco” o frequente compartilhamento de seringas no consumo de

¹¹As primeiras leis e portarias, na íntegra, regulamentando o tratamento à abuso de substâncias psicoativas na saúde, constam na *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*.

substâncias injetáveis, suas propostas iniciais são basicamente distribuição de seringas e preservativos ao público atendido. A partir de 2003, suas ações deixam de ser exclusivamente dos Programas de DST/AIDS e tornam-se uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS; SOUZA, 2011).

Quando levada à questão do atendimento a usuários e dependentes químicos, não é aceita (SILVA, 2005), tampouco aplicada por alguns setores por ser considerada por parte da sociedade mais conservadora como medidas permissivas que estimulam o consumo de substâncias psicoativas. É sabido que a abstinência não é o objetivo central de muitos dependentes químicos (BRASIL, 2004). Mas, ainda hoje é a expectativa de muitos profissionais, o que interfere na permanência e adesão ao tratamento por parte do usuário.

A política de redução de danos tem como prioridade respeitar a individualidade de cada sujeito formada pelo modo que este se relaciona socialmente, compreendendo o caráter punitivo e invasivo até então utilizados no tratamento ao abuso de substâncias psicoativas. Considera cada sujeito consciente de suas atitudes, tornando-os partícipes do processo de tratamento e consumo de substâncias psicoativas, cabendo ao usuário a decisão de abstinência ou não.

O tratamento não pode, então, ter a abstinência como fim, deve-se considerar os demais aspectos que colaboram com o abuso de substâncias psicoativas. De acordo com esta política é fundamental as implicações sociais, psicológicas e políticas para alcançar a compreensão global do problema (BRASIL, 2004). O entendimento do consumo abusivo de substâncias psicoativas com base unicamente no caráter repressivo leva o tratamento à abstinência como o fim, desconsidera os fatores que influenciam o consumo das substâncias (BRASIL, 2004).

A visão da redução de danos não descriminaliza o uso de substâncias psicoativas. Mas preza pela aplicação de medidas alternativas, indo de acordo com a lei 9099/95 que instituiu os Juizados Especiais Criminais para crimes considerados de menor potencial ofensivo, enquadrando-se o usuário de drogas nela (SILVA, 2005 p.28). Neste sentido, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros

movimentos possíveis, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares (BRASIL, 2004).

A preocupação com a saúde do usuário ou dependente químico, surge por implicações na vida de homens dependentes químicos (SILVA, 2005), sendo as mulheres presentes nestes debates como vítimas de agressões físicas. Isto pode ser justificado pelo número de homens, como já mencionado, ser maior em relação ao número de mulheres dependentes químicas, desencadeando maior número de homens vítimas de acidentes ocasionados por consumo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004), e sendo os homens as maiores vítimas da violência social e envolvimento no tráfico de drogas. Desta forma, a figura feminina se torna invisibilizada como usuária ou dependente, estando relacionada a companheiros ou parentes de homens dependentes químicos.

Tem-se que mulheres se envolvem com substâncias psicoativas, em geral, por influência de seus companheiros ou quadros depressivos. Enquanto os homens se envolvem pelos efeitos da substância em si (SILVA, 2005). Sendo a visibilidade masculina maior em relação ao abuso de substâncias psicoativas, os programas criados desde a década de 80, voltam-se exclusivamente ao público masculino ou assumem caráter misto, atendendo a homens e mulheres da mesma forma (BRASILIANO, 2006).

Desde os anos 80 até os dias de hoje, é verificado o aumento em tratamentos voltados exclusivamente para mulheres, seguindo o que é proposto por Brasiliano e Hochgraf (2006), ao considerarem os atendimentos mistos ou generalizados como ineficazes ao tratamento da mulher dependente química, visto que, ao não perceberem suas demandas atendidas, além da inibição causada por atendimentos em grupos mistos, a mulher tende a abandonar o tratamento.

As mulheres dependentes químicas, muitas vezes, trazem consigo históricos de dominação masculina desde a infância, com conflitos relacionados à violência de gênero das mais variadas formas. Em um grupo predominantemente masculino não há espaço para que experiências possam ser compartilhadas, em grupos mistos, assim como nos demais espaços sociais a figura masculina será soberana. Hoje existem programas específicos para mulheres, a exemplo o PROMUD, fundado em 1996, que volta-se

exclusivamente às questões femininas, considerando as diferenças existentes entre homens e mulheres na relação com as substâncias¹².

2.5. Atendimentos na saúde a mulheres dependentes químicas.

Trazendo esta figura feminina, criada por preconceitos pautados na função biológica, ao tema do abuso de substâncias psicoativas, é compreensível a condição estigmatizada em que mulheres dependentes químicas se encontram (FONSECA, 2009), por isso é ressaltada a importância de atendimentos que abordem suas especificidades de modo crítico, seus papéis sociais, a dominação masculina, que muitas vezes é vivenciada sem ser percebida.

Em relação aos atendimentos existentes hoje, observa-se que as mulheres se adaptam ao tratamento do abuso de substâncias psicoativas (LEAL, 2009), por não sentirem suas demandas atendidas em tratamentos elaborados de modo generalizado. As mulheres dependentes químicas que se mantêm em tratamento se adequam ao que está posto para alcançar o objetivo esperado, seja abstinência ou redução de danos.

O OBID (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas) propõe doze aspectos a serem considerados no atendimento a mulheres com envolvimento problemático com substâncias psicoativas abordando desde o estigma social, cuidados em caso de gestação até a importância da inserção familiar no atendimento¹³.

A preocupação em criar atendimentos voltados às especificidades femininas surge devido ao número alto de não adesão ao tratamento por parte das mulheres, quando em atendimentos mistos (BRASILIANO, 2005), bem como a demora em buscar apoio profissional. Algumas terapias voltadas ao tratamento de mulheres dependentes químicas utilizam atividades como organização do espaço físico (MORAES, 2011). Observa-se a aplicação acrítica do que se espera de um tratamento específico para mulheres dependentes químicas, reforçando a imposição de papéis sociais e banalizando a exploração do tempo produtivo feminino em atividades não remuneradas ou desvalorizadas socialmente.

¹² Ver mais em: <http://www.mulherdependentequimica.com.br/>

¹³ Ver mais em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

As demandas femininas são reduzidas à manutenção do que o patriarcado impõe como o papel ideal feminino: o de cuidadora do lar e de seus familiares. Este tipo de abordagem desconsidera o processo de dominação de gênero que contribuiu para o abuso de substâncias psicoativas.

Foram analisados, aproximadamente, vinte relatórios, a fim de identificar dentre estes, sete relatórios que correspondessem ao recorte que caracteriza os sujeitos de estudo deste trabalho. Sendo este: mulheres entre 40 e 60 anos de idade, que tenham finalizado o atendimento junto à assistente social, com envolvimento em substâncias diversificadas. A sobrecarga com funções domésticas, quando não estão empregadas, é queixa recorrente, além de demandas relativas a conflitos familiares. O atendimento é voltado à autonomia. É ressaltada a importância da manutenção da abstinência ou redução do consumo. Esta estratégia por parte do profissional pode ser considerada como a relação entre o envolvimento em situações de conflitos familiares e a sensação de sobrecarga com os trabalhos domésticos influenciam no tratamento ao abuso de substâncias psicoativas.

Outro fator a ser observado são as ausências não justificadas e prolongadas, que em muitas vezes se justifica por problemas com familiares, com os filhos ou discussão com familiares que ocasionou “recaída” no uso abusivo de substâncias psicoativas. Quando solucionados estes conflitos, a usuária retorna ao Serviço.

O conteúdo dos relatórios, sendo informações desde o início do consumo de substâncias psicoativas, o grau de envolvimento e quais substâncias faziam uso problemático, até o que as motivou a buscar apoio junto ao SEAD/HUB, demonstra ser recorrente no início os atendimentos serem voltados ao conhecimento da realidade das mulheres, para além da relação com as substâncias psicoativas das quais fazem uso. Tanto pelas demandas das usuárias, quanto por interesse do profissional em conhecer a estrutura familiar e social na qual as mulheres atendidas estão inseridas.

Atuação esperada pelo profissional de Serviço Social na saúde, visto que, esta atuação na área da saúde passa pela “compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p.26).

Outro fator em comum, entre os relatórios analisados, antes de selecionado os sete a serem analisados profundamente, é a questão da substância psicoativa não aparecer com tanta frequência nos primeiros atendimentos. Geralmente, do segundo ou terceiro atendimento em diante é iniciada a abordagem voltada ao consumo de substâncias psicoativas. Assim como proposto por Brasiliano e Hochgraf (2006), sobre a importância de a mulher dependente ou com uso problemático de substâncias psicoativas, sentir a necessidade de estabelecer um vínculo de confiança com a instituição, o que não ocorre em atendimentos de grupos mistos.

Em geral, dentre os relatórios analisados o bem estar, boa aparência e capacidade de lidar com situações conflituosas do cotidiano, sem o suporte do consumo de bebida alcoólica ou outra substância psicoativa, relacionam-se diretamente com fatores da convivência familiar. Como exemplo, a usuária demonstra-se mais confiante e bem disposta, logo, relata ter tido uma semana tranquila, sem conflitos familiares.

Quando a convivência com filha/os e companheiros é estável, sem quadros de violência, ou dificuldades financeiras, as usuárias demonstram maior capacidade de elaboração de estratégias para lidar com o abuso de substâncias psicoativas, bem como, maior interesse em dar continuidade ao tratamento. Isto é observado em discursos delas que reforçam a importância de manterem-se como estão atualmente, sem conflitos intrafamiliares, e para isto compreendem que a redução do consumo de psicotrópicos contribui para a manutenção desta situação.

A revisão bibliográfica sobre a construção dos papéis sociais femininos tem que, como proposto por Saffioti (1997), os papéis sociais interferem na subjetividade dos indivíduos. Observa-se nesse fenômeno - de maior disposição a manterem-se em tratamento e facilidade para lidar com situações, até então, expostas como fatores agravantes/estimulantes ao consumo de substâncias psicoativas, relacionado com situações familiares sem conflitos - o papel social de “cuidadora” e devotada à família, associado à figura feminina.

Este papel social é agente direto na permanência ou não das mulheres no tratamento. Se este não atender esta especificidade, a adesão feminina ao tratamento de abuso de substâncias psicoativas pode ser prejudicada (Brasiliano e Hochgraf, 2006).

Em atendimentos onde é recorrente a preocupação demasiada com familiares e assuntos domésticos, sinalizando possível retorno à rotina de consumo abusivo de substâncias psicotrópicas, são abordadas temáticas sobre a importância do cuidado com a própria saúde, e a busca por atividades que garantam bem estar físico e mental. Além de, em casos de conflitos que envolvam situações de privações de direitos ou violência doméstica, serem apontados os meios de acessarem seus direitos. Nesta conduta do profissional, é observado além do agir de acordo com o que é proposto pelos *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (2010), no que concerne ao dever de esclarecer a/o usuária/o sobre seus direitos e acesso a serviços públicos, uma atuação voltada à desmistificação da figura social feminina de cuidadora.

Em caso de maior permanência, chegando a 36 meses, junto à assistente social, observa-se maior aprofundamento em questões particulares. Desta forma, quando a finalização do atendimento não ocorre, sendo considerado abandono por parte da usuária, é notada maior dificuldade de elaboração de estratégias pra lidar com os conflitos do cotidiano, a usuária demonstra maior sensação de não pertencimento social, sendo este fenômeno verificado pelas queixas recorrentes sobre como sente que a família ou vizinhos a enxergam.

Os atendimentos quando direcionados às situações cotidianas, compartilhando as ideias sobre os reflexos da conjuntura patriarcal na figura feminina, alcançam maior permanência, assiduidade, bem como, elaboração de estratégias para lidar com a problemática do consumo abusivo de substâncias psicoativas. É priorizada nesta abordagem a autonomia da usuária para com seu envolvimento com substâncias psicoativas, em consonância com o princípio de integralidade do SUS, e a Política de Redução de Danos (2004).

Ao se comparar relatórios de usuárias assíduas com relatórios de usuárias que abandonaram o tratamento é notável a diferença entre a forma que foi conduzida o atendimento. Quando a usuária é assídua os relatórios contêm mais detalhes, quando há o abandono, o atendimento é focado na importância da adesão ao tratamento e redução do consumo excessivo de psicotrópicos.

Capítulo 3: POLÍTICAS DE SAÚDE E PARTICULARIDADES DAS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS.

Neste capítulo será abordada a interferência da lógica neoliberal nos serviços de saúde pública, considerando a atuação das mulheres organizadas para a implementação de atendimento integral à saúde das mulheres, rompendo com a visão reducionista da saúde da mulher como saúde reprodutiva. Englobando as funções da saúde pública, serão apresentados o Hospital Universitário de Brasília- HUB, e o Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas- SEAD.

3.1. Saúde Pública no contexto Neoliberal.

A saúde pública brasileira é regulamentada pela lei nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, tendo como disposições gerais a ação do Estado como responsável pelo pleno acesso à saúde pública de qualidade, sem descartar, no entanto, a participação dos demais setores, como a sociedade civil (BRASIL, 1990). O Serviço Único de Saúde (SUS) é constituído por todos os sistemas de saúde federais que compõem a saúde pública. A saúde privada pode participar do SUS, porém, em caráter complementar (BRASIL, 1990). A existência das políticas sociais está relacionada com o modo de produção capitalista, a perspectiva neoliberal de desresponsabilização estatal, acarretou dentre diversos outros fatores, no aumento do desemprego. Exigiu-se, então, ao Estado um maior controle na economia (BEHRING, 2000), a fim de assegurar um mínimo serviços públicos à uma parcela miserável da sociedade.

Na análise de Bravo (2006) sobre esta conjuntura, a saúde passa a atender às necessidades do mercado, indo na direção oposta aos objetivos do SUS. Ocorre a chamada refilantropização, estimulando a ampliação da participação da sociedade civil como forma de reduzir a participação estatal. Considerando o contexto neoliberal na elaboração e execução das políticas sociais, que visa "harmonizar" a economia com o mercado privado em detrimento das políticas públicas sociais (BEHRING, 2000), temos o Estado com participação reduzida nas questões de cunho social, protegido pelo

discurso de “incapacidade estatal”, levando a maior participação do chamado terceiro setor (VASCONCELOS, 2006).

Na estrutura neoliberal o chamado terceiro setor, caracterizado como sendo a sociedade civil, funciona como meio de amortecer as relações entre os movimentos sociais e o Estado. Segundo Montaña (2008), as ONGs passam a ocupar os espaços destes movimentos, e os funcionários destas são “confundidos” com os militantes. Suas funções estão diretamente ligadas ao interesse do capital.

Conforme Yazbek (2000), as propostas neoliberais em relação ao papel do Estado no âmbito da questão social, são reducionistas, esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção (Yazbek, 2000, p.14) Este desligamento das ONGs dos interesses sociais ocorre na década de 90, quando de acordo com Montaña (2008), as ONGs passam a se relacionar com o Estado de forma dócil, despolitizada e despolitizadora, funcional ao projeto neoliberal de reestruturação sistêmica. (Montaña, 2008, p.273).

Nos anos 1990, seguindo a política de ajuste neoliberal, o Estado brasileiro, de certo modo, retoma sua postura de não-interferência nas políticas sociais, deixando de ser o responsável pelo desenvolvimento econômico e social e passa a ser o regulador. Os movimentos gerados por esta política tendem a tornar a saúde como anterior à Constituição de 1988, sendo vinculada ao mercado e à sociedade civil. Neste quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999 apud BRAVO, 2006 p.14).

Na análise de Bravo (2006), devido à interferência neoliberal nos serviços públicos, em especial educação e saúde, atualmente a saúde pública encontra-se em considerado estado de precarização, visto que o financiamento desta não é prioridade do governo, e há grande contratação de profissionais com baixa capacitação, justificada pelo menor custo, como exemplo: auxiliares e técnicos (BRAVO, 2006). Almeida (2003) apud Mioto e Nogueira (2006) afirma que o SUS enfrenta “tanto o problema da necessidade de garantir um mínimo básico, quanto de hierarquizar o sistema, assegurando a atenção integral– preventiva e curativa” (p.19).

As mulheres são as mais atingidas pela desigualdade social, estão na parcela mais pobre, além da dificuldade em acessar postos de trabalho bem remunerados. Esta

figura marginalizada das mulheres é reflexo da dominação do patriarcado, garantindo aos homens a ocupação da maioria dos espaços públicos, restando às mulheres o âmbito doméstico e familiar (RIOS, 1993). Em consequência disso, são as que mais utilizam os serviços de saúde pública.

Todos os fatores de discriminação de gênero, tanto da carga horária laboral, quanto da feminização da pobreza, dificultam o acesso das mulheres aos serviços de saúde para elas mesmas (BRASIL, 2009) em resposta ao papel de cuidadora como uma de suas funções sociais (DUQUE-ARRAZOLA, 2006), a utilização dos serviços de saúde pública, geralmente, ocorre em benefício de terceiros.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico (BRASIL, 2009) realçando que a discriminação de gênero está presente em todos os espaços sociais. Relacionando a figura criada socialmente como feminina com o sistema de saúde verifica-se o reducionismo com que a saúde da mulher é tratada, sendo ressaltada pelos movimentos de mulheres organizadas a importância de assegurar atendimentos abrangentes aos fatores sociais que influenciam diretamente na saúde.

A expansão dos atendimentos de saúde de acordo com as demandas correspondentes a cada papel social aponta na compreensão de que para os serviços de saúde deslocam-se problemas resultantes das más condições de vida (pobreza, formas variadas de violência, discriminação, exploração, expropriação da identidade, entre outros) (MANDÚ, E.N.T. et al., 1999, p.34).

Pode-se considerar que da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2009). A saúde das mulheres é comprometida por doenças específicas, muitas relacionadas às manifestações das questões sociais, em especial ao espaço ocupado pelas mulheres, os problemas são agravados ainda pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico (BRASIL, 2009).

A princípio a saúde da mulher resumia-se às suas funções reprodutivas, em especial o período gestacional. Nas concepções de saúde mais restritas, a saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Pode-se observar esta relação quando ações à saúde da mulher enfatizam a redução da mortalidade infantil¹⁴. Neste caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003 apud BRASIL 2009). A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD, 1994 apud Brasil,2009). Porém, o corpo da mulher foi por muito tempo visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo (BRASIL, 2009).

Numa sociedade em que o patriarcado é soberano, as mulheres são dominadas nas esferas doméstica e pública. Pela lógica de Engels (1884) as mulheres tornaram-se propriedades dos homens, e, por conseguinte, no que se refere à saúde reprodutiva, o corpo da mulher é visto como propriedade do Estado. O impacto da discriminação de gênero sobre a saúde da mulher trouxe a importância da inserção da temática à saúde e à assistência social. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a mortalidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina (BRASIL, 2009).

Observa-se que os fatores agravantes das doenças consideradas femininas estão para além do caráter reprodutivo, considerando em especial, o fato de a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparecer entre as dez primeiras causas de óbito feminino (BRASIL, 2009). O movimento de mulheres organizadas contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões do cotidiano feminino, consideradas até então como demandas de caráter privado. A implantação destas questões na saúde, ocorreu junto ao processo de implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher tendo como objetivo uma atuação mais próxima da realidade local e, portanto com melhores resultados (BRASIL, 2009).

A aparição (e popularização) das pílulas anticoncepcionais também contribuiu para a reivindicação pela ampliação dos atendimentos à saúde das mulheres

¹⁴ Ver mais em: A saúde da mulher, Carmen Barroso, 1985.

(PORTUGAL; MATAMALA, 1993), visto que, com o uso da pílula a vivência da sexualidade feminina torna-se livre das obrigações reprodutivas.

Concomitante a este período, início da década de 1980, em que o Estado agia de modo a exercer pleno poder sobre os corpos das mulheres e esferas familiares com tentativas de implantação de programas focados unicamente no controle de natalidade surgem os movimentos de mulheres organizadas reivindicando por melhores condições de saúde.¹⁵

en los inicios de la década de 1980, la propuesta de una nueva perspectiva para la atención de la salud de la mujer se formuló a partir del feminismo. Adherido a los marcos teóricos que enfatizaban los componentes sociopolíticos y culturales de la salud- los que, al atravesar todos los aspectos de la vida de las personas, son inseparables de los sistemas imperantes y de las necesidades más inmediatas- el feminismo avanzó más allá de los elementos explicativos, fundados en la pertenencia a determinados sectores o clases, aportando el señalamiento de una nueva dimensión de la desigualdad social que permite explicar fenómenos y situaciones sobre la salud de la mujer. (PORTUGAL; MATAMALA, 1993.p.292)

As mulheres passam a ocupar mais espaços públicos, essa mudança no cotidiano feminino ocorre sem que as necessidades iniciais tenham sido sanadas, somam-se, então, às antigas questões as situações decorrentes do acesso a estudo e qualificação, se resumindo na dupla jornada feminina (SILVA SANTOS, 2010).

Na década de 1980, o movimento de mulheres passa a dar mais atenção à saúde da mulher como forma de garantir a autonomia sobre seus corpos e cidadania (BARROSO, 1985). É implantado então, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 (SOUTO, 2008), fruto de luta social, tendo como princípio central a integralidade na saúde das mulheres. Integralidade, termo proposto pelo movimento feminista, e utilizado também pelo Sistema Único de Saúde (SUS), amplia o conceito de saúde, bem como, inclui a visão do ser humano como um todo único e indivisível (CARVALHO, 2006 apud SOUTO, 2008).

O PAISM teve o enfoque de gênero como fundamental à saúde das mulheres, ao ser considerado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se

¹⁵ Ver mais em A saúde da mulher no Brasil/Carmen Barroso, 1985.

manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento. (SOUTO, 2008. p.169).

Durante mais de vinte anos de existência o programa, embora tenha considerado aspectos mais amplos no que se refere à saúde da mulher, não atendeu a todas as especificidades do papel social ocupado pelas mulheres (SILVA SANTOS, 2010). A ausência destes atendimentos foi exposta pelo movimento de mulheres (SOUTO, 2008), trazendo a necessidade de redimensionar a saúde de modo a abranger todos os aspectos sociais em consonância com o princípio da integridade.

O que é exposto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), que visa abranger além dos princípios do PAISM, questões como a feminilização do HIV, bem como reflexivas do acúmulo de demandas femininas advindas da dinâmica da sociedade, pelo processo de inserção no mercado de trabalho e suposta liberdade para vivenciar sua sexualidade.

Dentre suas diretrizes tem-se:

- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque.

- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). (Brasil,2004).

Observa-se que a noção de integralidade na saúde da mulher extrapola o processo saúde/doença (MANDÚ, E.N.T, et al,1999), demonstrando que a saúde da mulher deve considerar seus aspectos sociais, sua inserção na sociedade e o significado de seu papel social como influentes no seu estado de saúde (BRASIL,2004).

Temos que a figura construída socialmente como feminina, somada ao despreparo profissional para lidar com situações para além do considerado âmbito da saúde colaboram com o descontentamento das mulheres em relação aos serviços de saúde (MANDÚ, E.N.T. et al.,1999).

Mesmo com a ampliação dos serviços de saúde para mulheres, desde a implantação do Programa Materno Infantil até a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, há uma lacuna no que se refere à integralidade (SOUTO,2008). Esta lacuna pode relacionar-se com as mudanças nos papéis sociais decorrentes da dinâmica da sociedade (SAFFIOTI,1997). Interferindo assim no que vem a ser específico para mulheres. No espaço temporal em que a função da mulher se definia basicamente pela manutenção da espécie, as atenções sociais voltam-se ao destino biológico reprodutor (BEAUVOIR,1980; DUQUE-ARRAZOLA, 2006).

Hoje participando do mercado de trabalho, suas funções biológicas somam-se às funções sociais, bem como as demandas decorrentes destas (DUQUE-ARRAZOLA, 2006; BRASIL,2004; MORAES, 2011; et al), dando espaço ao surgimento de movimentos teóricos e sociais acerca de questões tais como “empoderamento” e capacitação profissional (DUQUE-ARRAZOLA, 2006). A fim de adequar às mulheres as necessidades produtivas da sociedade capitalista (LISBOA, 2008), sendo seu empoderamento e capacitação profissional ligados diretamente à manutenção do capital.

É visto, a partir de estudos feministas, a importância da sociedade se adequar aos tempos femininos, em especial no mercado de trabalho (DUQUE-ARRAZOLA, 2006) como meio de ampliar os espaços sociais ocupados por estas. As respostas às mudanças dos papéis sociais devem, portanto, configurarem-se no âmbito da saúde também, visto que, a dinâmica da sociedade interfere no modo de vida e costumes, levando os indivíduos a adotarem hábitos que exigem atenção especial, assim como, ao abuso de substâncias psicoativas e/ou consumo problemático de substâncias psicoativas entre mulheres.

3.2. Serviço Social na saúde.

A desigualdade social, falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre estas ações e os serviços de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Com a figura do Estado “falho” na execução de políticas públicas, temos que, os serviços de saúde pública, embora universal, desde os anos 1990 passa por séries de

propostas de melhorias, pautadas na abertura da economia (VASCONCELOS, 2006). Nesta conjuntura, de redução da responsabilidade estatal nas políticas sociais e exploração da força de trabalho pelo capital, o Serviço Social e demais profissões da saúde, se esforçam na ampliação dos atendimentos realizados, viabilizando concretizar os princípios da universalidade de acesso e equidade aos direitos sociais.

“A ação cotidiana dos assistentes sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006 p.6). Ao Serviço Social cabe pautar sua atuação, dentre outros aspectos, considerando as diferenças e singularidades dos indivíduos, trazendo o respeito à diversidade ao âmbito da saúde, como forma de assegurar o entendimento da individualidade humana (CFESS, 2010).

A inserção do Serviço Social na saúde pauta a definição de seu papel nas mudanças ocorridas no sistema de saúde pública (COSTA, 2000), visto que, o profissional inserido neste setor, tem como suas atribuições atuar de modo a garantir os princípios do SUS: universalidade, integralidade e participação social (CFESS, 2010). A atuação da/o assistente social é marcada pela interdisciplinaridade, ou seja, em conjunto com os demais setores da saúde, visando, em especial a consolidação da integralidade no atendimento à saúde dos usuários, relacionando fatores sociais ao processo saúde-doença (VASCONCELOS, 2006). No atendimento às necessidades da população, o Serviço Social na saúde incide sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil (COSTA, 2000 p. 12).

Os assistentes sociais atuam junto a sujeitos sociais que guardam, na sua história devida, as dimensões universais e particulares da questão social. Questão social cujas expressões históricas e contemporâneas personificam o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista brasileira. (VASCONCELOS, 2006 p.14).

Daí, sua principal contribuição a viabilização de fato da integralidade na saúde, compreendendo esta integralidade como uma visão da saúde que abranja os demais fatores inerentes ao processo saúde-doença. Tais como: contexto social, econômico histórico e político (MIOTO; NOGUEIRA, 2006). Dentre as funções do assistente social inserido na saúde, a coleta de informações do usuário, ainda é tida como a principal. Esta coleta consiste em obter o maior número possível de informações que demonstrem as condições sanitárias e socioeconômicas do usuário (COSTA, 2000), a fim de conhecer as reais condições deste se manter nos atendimentos e captar as demandas implícitas nos atendimentos à saúde, não podendo se ater aos meios

burocráticos e unicamente como cumprimento de funções institucionais, a fim de ir contra ao processo de morosidade existente nos serviços públicos (VASCONCELOS, 2006).

Implementar a integralidade e participação social na saúde pelo Serviço Social exige a execução de processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão aos processos sócio-assistenciais. Que significa dizer, articular as ações de modo a estimular a participação social, levando aos demais profissionais da saúde o conhecimento acerca de temáticas próximas à rotina de estudo e trabalho do Serviço Social. Além de ações voltadas ao estímulo da intersetorialidade, bem como, o trabalho executado diretamente com o usuário, visando atender além de suas demandas explícitas, construir a autonomia do usuário nas instituições, considerando o reflexo da extrema pobreza e falta de acesso à informação que distancia o usuário de seus direitos (MIOTO;NOGUEIRA,2006).

Sendo o/a assistente social, em geral, o responsável pelo primeiro contato com os usuários dos serviços público de saúde (COSTA, 2000) e o profissional que diretamente age na concretização da integralidade dos serviços de saúde, para a obtenção das supracitadas demandas implícitas, o assistente social deve reconhecer estas demandas, visto que, sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na “queixa” e/ou “problema”, expresso e/ou manifestado pelos usuários (VASCONCELOS, 2006 p.10).

Exige-se formação teórica e visão crítica do profissional, observando que, segundo Mioto e Nogueira (2006), estes profissionais iniciam na saúde com pouco conhecimento, de forma acrítica indo de acordo com as premissas do mercado e no sentido oposto do código de ética. Mesmo o trabalho do assistente social na saúde se configurando como uma atividade laboral e remunerada, igual às outras, esta atividade requer do profissional visão sobre seu posicionamento, exigindo capacidade e autogoverno sobre suas funções (MERHY, 1997 apud COSTA, 2000).

O assistente social atende às demandas do usuário muitas vezes desconsideradas por outros membros da equipe médico-hospitalar, assegurando a integralidade no atendimento da saúde. Suas funções sendo pouco conhecidas pelos demais profissionais pode ser reduzida ao acolhimento dos usuários, ou execução de atividades que não são de sua responsabilidade. Isto porque, segundo Costa (2000), mesmo havendo o aumento dos espaços de atuação do Serviço Social na saúde,

“ainda são insuficientes para desvendar os modos e as formas de objetivação do trabalho das/os assistentes sociais no interior do processo de cooperação, constitutivo do trabalho coletivo nos serviços públicos de saúde.” (COSTA, 2000 p.6).

Esta importância e necessidade de definição concreta das funções dos assistentes sociais são tidas por Vasconcelos (2006), como resquícios do Movimento de Reconceituação da profissão, nos anos 1960. Onde houve a fratura entre práticas profissionais e possibilidades de prática (VASCONCELOS, 2006 p.4). O distanciamento de alguns profissionais com suas reais atribuições no âmbito da saúde dificultam a afirmação deste profissional neste setor. Para reduzir esta tendência houve a elaboração dos *Parâmetros Para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2009)*.

Neste documento são pautadas as funções do assistente social na saúde, de modo a afirmar a importância deste profissional na área, bem como definir suas atribuições distanciando o profissional do caráter beneficente associado ao seu papel da saúde.

É no planejamento e na execução de determinadas estratégias e ações que o assistente social vai se formando e se transformando num recurso vivo, cada vez mais qualificado. Vai formando e consolidando a sistematização, a análise, a crítica e a avaliação das ações; vai fortalecendo suas referências, seus valores, seus compromissos, seus objetivos. Ao mesmo tempo, vai assegurando o acesso e a ampliação dos direitos e do controle social (Vasconcelos, 2006 p.17).

Deve-se considerar também a construção cotidiana das atribuições dos profissionais, independente da área de atuação, a atuação profissional, como proposto por Miotto e Nogueira (2006), se constrói como processo, pois está inserido num contexto histórico. Portanto, os *Parâmetros Para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2009)* devem ser tidos pelo profissional como um eixo norteador, não como o congelamento de suas ações exclusivamente ao que está pautado pelo documento.

As ações do assistente social não ocorrem de forma isolada (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006), o Serviço Social relaciona-se com os outros profissionais da equipe, sobretudo, médicos, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos (COSTA, 2000). Assim, pode-se afirmar, à luz de Miotto (2009) que o processo interventivo não se constrói a priori, ao contrário, faz-se no seu próprio trajeto, e essa construção não depende só da/o assistente social, mas também dos outros sujeitos envolvidos, dentre

eles, o espaço sócio-ocupacional no qual o profissional está inserido e os destinatários das ações nele desenvolvidas.

3.3. Hospital Universitário de Brasília¹⁶.

O Hospital foi inaugurado durante o regime militar em 1972 como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado – IPASE (Decreto Nº 70.178 de 21 de fevereiro de 1972), recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – HDFPM.

Em 1987 foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de novo convênio assinado pela Universidade de Brasília com quatro ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial – HDA e sendo reconhecido como o 38º hospital universitário brasileiro. Após um processo conturbado, com manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão definitiva do hospital para que pudesse ser administrado plenamente pela universidade, em 3 de abril de 1990 o hospital foi cedido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília – HUB.

De 1990 até 2004, o HUB sobreviveu a um processo de perda progressiva do quadro de funcionários do antigo Inamps, sofrendo paralelamente a falta de reposição dos postos de trabalho por aposentadorias ou por abandono relacionado aos baixos salários, vivenciando um financiamento oscilante que dependia das relações estabelecidas frequentemente de maneira informal com o gestor local do Sistema Único de Saúde – SUS. A partir de 2005, o HUB passou a ser administrado e financiado dentro das diretrizes da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, por meio de Termo de Compromisso assinado com o gestor local do SUS, definindo o teto financeiro para o desenvolvimento das suas atividades. Paralelamente, o HUB foi certificado como Hospital de Ensino de acordo com os critérios estabelecidos nessa portaria e até hoje permanece certificado conforme as disposições da Portaria Interministerial MEC/MS no. 2400 de 2 de outubro de 2007.

¹⁶ Fonte: www.hub.unb.br

Em 2008 foi aprovado pelo Conselho Superior Universitário – Consuni o regimento do hospital que, após de mais de dois anos de debates internos, consagrou a inserção da instituição no Sistema Único de Saúde como uma das suas características essenciais, inaugurando as atividades de mais dois conselhos, o Conselho Deliberativo – CDE e o Conselho Comunitário e Social – CCS, primeira tentativa de legitimar a participação da comunidade com possibilidade de ações de controle social. Cabe ressaltar que em 2008 a história do HUB ficou marcada pela decisão do Conselho Deliberativo de destinar 100% da capacidade instalada de internação e de produção de serviços para o SUS, abandonando uma tentativa falida de funcionamento de um serviço de atendimento a particulares usuários de convênios e planos de saúde que foi deletério para a instituição ao permitir à prática de “duas portas” de acesso ao hospital.

Atualmente, o HUB enfrenta o desafio de implementar elevados padrões de qualidade nas atividades de ensino, serviço e pesquisa e para tanto, está envolvido no processo de Acreditação pela Qualidade pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação– CBA que permitirá alcançar plenamente os seus objetivos. O HUB, embora seja exemplo no acompanhamento dos pacientes, por se tratar de hospital escola, todos os casos são analisados minuciosamente, não está fora das estatísticas de precarização no serviço público de saúde. O hospital passa por problemas relacionados à infraestrutura, o que interfere nos atendimentos dos serviços prestados na unidade.

3.4. Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas- SEAD/HUB.

O estudo foi realizado no SEAD/HUB, Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e Outras Drogas, situado no Hospital Universitário de Brasília. O SEAD criado em 1990, inicialmente denominado como Programa de Atendimento ao Alcoolismo, desenvolve medidas de intervenção no que é relacionado ao uso de álcool e outras drogas. É composto por uma equipe interdisciplinar: Psicologia, Clínica Geral, Psiquiatria, Serviço Social, trabalho voluntário, Enfermagem, alunos e residentes, atendente de consultório e secretária (a ordem disposta não representa a hierarquia).

O SEAD segue a proposta de redução de danos, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Este modelo de intervenção proporciona ao sujeito a possibilidade

de refletir sobre suas escolhas e seus trajetos de vida, sem que essas sejam condenadas ou recriminadas, não há o papel de superioridade por parte do profissional que o atende. Ocorre a explanação de outras possibilidades e meios que visam a melhoria em sua qualidade de vida, cabendo ao paciente a opção de aceitar ou não, esse modelo de intervenção, garantindo a autonomia do sujeito e sua capacidade de criar ou renovar seu trajeto de vida.

Ao ingressar no SEAD o usuário é informado sobre o funcionamento do serviço, toma conhecimento de que o tratamento é um direito e esclarecido sobre a estratégia de redução de danos, que tem como propósito principal, descriminalizar a dependência de substâncias psicoativas, colocando a saúde do paciente em foco. Os pacientes que chegam ao SEAD são de origem judicial, encaminhados por unidades de saúde, instituições públicas ou privadas, por interesse próprio do usuário de substâncias psicoativas ou a pedido de familiares.

O Serviço Social no HUB é vinculado à Divisão de Serviço Social que é vinculada à DASA –Diretoria de Assuntos Assistenciais- essa diretoria é responsável por todo o trabalho ligado a assistência, prestado pelo HUB. Os serviços assistenciais na instituição HUB estão diretamente relacionados à informação acerca dos direitos na saúde e seu papel, como sujeitos dotados de direitos na sociedade em geral. As ações são desenvolvidas no sentido de fortalecer o usuário dos serviços dentro da unidade hospitalar, seguindo basicamente os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde, elaborado pelo CFESS.

O papel do assistente social junto ao SEAD consiste em, a princípio, proporcionar ao paciente o conhecimento sobre seus direitos nos serviços de saúde, bem como seu papel na sociedade, como sujeito dotado de direitos. O referido profissional trabalha também na mobilização do usuário para que realize o tratamento e consequentemente promova mudanças na sua forma de consumo das substâncias psicoativas e nas demais áreas da vida.

Embora os serviços que atendem os usuários de substâncias psicoativas tenham o enfoque na saúde e adotem a estratégia de redução de danos preconizada pelo Ministério da Saúde, ainda é grande o número de indivíduos que são marginalizados e sofrem com o preconceito pela sociedade. Muitas vezes, apesar de toda a discussão acerca da questão

da abuso de substâncias psicoativas como reflexo do modelo capitalista de sociedade, o usuário é discriminado dentro da instituição hospitalar, entre outras razões, pelo conservadorismo dos profissionais. Assim a rejeição sucessiva da sociedade para com este usuário contribui para o aumento da sua fragilização.

Cabe ao Serviço Social, de acordo com Faleiros (1997), atuar junto ao usuário visando seu fortalecimento dentro da sociedade. E ainda de acordo com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), é possível relacionar as atividades desenvolvidas no SEAD com os quatro eixos fundamentais para a atuação do assistente social, sendo estes: atendimento direto ao usuário, que inclui ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Em relação ao atendimento direto ao usuário, pode-se citar desde o acolhimento até o momento de alta do usuário, ou seja, todo o período de tratamento, visto que, as ações socioassistenciais são identificadas no acolhimento e decorrer dos atendimentos, onde são observadas as condições sociais do usuário, por meio de estudo socioeconômico e a partir da escuta qualificada às demandas expostas pelo mesmo, agindo-se para atender, dentro do que é possível ao profissional e à instituição, estas demandas.

As ações de articulação interdisciplinar ocorrem na relação entre a equipe que compõe o quadro de profissionais do SEAD bem como entre outros setores do HUB. Os casos são discutidos conjuntamente, proporcionando deste modo, a articulação do grupo entre a própria equipe e o HUB. Existe ainda articulação com o Judiciário, visto que muitos usuários são encaminhados por estes aos serviços do SEAD.

As ações socioeducativas são destacadas pela realização dos atendimentos tanto individuais quanto em grupos. Atualmente no SEAD existem seis grupos, sendo estes: grupo do MP¹⁷; grupo de familiares; grupo de mulheres; grupo de homens; grupo de homens; ateliê.

¹⁷Grupo que atende pessoas em situação de Medida Provisória, realizando pena alternativa. Em geral, sujeitos abordados com pequeno porte de substâncias psicoativas.

O grupo do MP é coordenado pela assistente social e composto por sujeitos em cumprimento de Medida Preventiva por terem sido autuados com pequeno porte de substâncias psicoativas ilegais. Consiste em três encontros às quintas-feiras à noite, indo a todos os encontros, o integrante é liberado, visto que cumpriu a medida, e tem a opção de dar continuidade a um tratamento individual junto ao SEAD.

O grupo de familiares, também coordenado pela assistente social, é composto por familiares de dependentes de substâncias psicoativas, sendo sua maioria mulheres, esposas, mães, irmãs. É realizado quinzenalmente às terças-feiras.

Os usuários são encaminhados aos grupos, após passarem por atendimento individual, exceto no caso do grupo do MP, em que os integrantes são encaminhados pelo Ministério Público.

No que se refere à mobilização, participação e controle social, devido à condição de violação de direitos e fragilidade emocional em que se encontram os usuários dos serviços do SEAD, em decorrência do consumo excessivo de substâncias psicoativas ou reflexos deste consumo entre familiares, quando realizada a procura aos serviços é feita por pessoas que mantêm algum vínculo com um dependente químico. Este eixo se encaixa no processo de fortalecimento das bases de apoio possíveis ao usuário. Como por exemplo, os serviços voltados à sua saúde física e mental, serviços dos quais o mesmo é encaminhado pelo SEAD, bem como as estratégias que possibilitem o seu reconhecimento como cidadão dotado de direitos.

Em relação ao eixo investigação, planejamento e gestão, são realizadas reuniões de equipe para socializar os casos que chegam ao SEAD, visando compartilhar as informações como meio de garantir o melhor encaminhamento para cada caso, bem como para discutir e socializar questões referentes à instituição e ao planejamento do próprio Serviço Social.

Há a disposição da equipe que compõe o serviço, material informativo acerca da questão com a qual se trabalha, bem como a participação efetiva de parte do quadro de profissionais em pesquisa vinculada ao SEAD, além da participação da equipe em geral em seminários que ocorrem na cidade abordando a temática central do serviço, priorizando deste modo a educação permanente. O SEAD é também campo de estágio e

residência para estudantes da área da saúde em geral definindo, deste modo, o eixo assessoria, qualificação e formação profissional.

Considerações finais.

Como exposto no início deste trabalho, o atendimento às chamadas especificidades femininas ocorrem. A existência de programas específicos para mulheres dependentes químicas contribuiriam, de certa forma, ao aumento do número de mulheres que buscam tratamento ao abuso de substâncias psicoativas. Visto que, a adesão é determinada pelo atendimento às suas demandas, e suas demandas estão relacionadas com o patriarcado.

Além de ao se criar estratégias voltadas especialmente às questões que englobam o processo de criação da figura feminina, a dominação de gênero, seriam reduzidos os números de abandono. Visto que, estes ocorrem após atendimentos realizados de modo superficiais ou pré-definidos. A não existência destes atendimentos específicos com atenção voltada a questões majoritariamente femininas exige por parte do profissional maior atenção aos fatores que levam ao abandono do tratamento.

Considerando a situação da dependência como é vista socialmente, o preconceito existente, a situação da mulher tende a ser mais estigmatizada. Além da dependência ocorre, de certo modo, uma “quebra de contrato”. Onde estas mulheres não cumprem mais com seus papéis sociais. Sendo estes concentrados no âmbito doméstico e cuidado com os familiares.

As especificidades femininas observadas na análise de dados relacionam-se diretamente com a conjuntura patriarcal a qual estamos inseridos. É observado o predomínio de situações de violência doméstica bem como, dificuldade em acessar serviços públicos, além da procura tardia por atendimentos à abuso de substâncias psicoativas por parte das mulheres. Estes fatores são influenciados pela forma com que é tratada a abuso de substâncias psicoativas feminina, sendo esta, muitas vezes, escondida ou ignorada por parte dos familiares, devido ao estigma social sobre mulheres dependentes químicas.

A baixa procura de mulheres por tratamento à abuso de substâncias psicoativas sinaliza os reflexos deste estigma social, acarretando na baixa produção de materiais e tutoriais de atendimento às suas especificidades. Os atendimentos às mulheres são

realizados de modo incipiente. Pois, ainda que não hajam normas regulamentando a forma que seriam conduzidos estes atendimentos, como ocorre nos casos de atendimentos mistos ou voltados a homens dependentes químicos, as singularidades femininas são expostas devido as diferenças de relação no meio social entre homens e mulheres, além da diferença entre situações de violação de direitos às quais estão expostos homens e mulheres, ainda que se encontrem na mesma condição de violação de direitos: a marginalização decorrente da abuso de substâncias psicoativas.

A revisão bibliográfica demonstra a importância de maior atenção às questões femininas, e elaboração e execução de atendimentos específicos, bem como, a reduzida produção bibliográfica. A baixa produção de material exclusivo para a temática da feminização da abuso de substâncias psicoativas pode ter correlação com a necessidade ainda crescente da produção focada ao fim da violência contra as mulheres. Uma luta antiga, que apesar de todas as conquistas alcançadas, assombra o cotidiano de parte da população feminina. O que age como um fator agravante à abuso de substâncias psicoativas das mulheres. Logo, é notada a importância da articulação das políticas públicas.

No que se refere à saúde da mulher, é fundamental a abordagem da violência doméstica, dos meios de denúncia ao agressor, do acesso aos direitos das vítimas, bem como, a questão do uso abusivo de substâncias químicas, considerando que uma situação de violação de direitos, está diretamente relacionada à outra.

O reconhecimento da necessidade de atendimentos específicos para mulheres dependentes químicas é marcado por condicionantes históricos e demonstra os efeitos do dinamismo social. Este reconhecimento volta-se para o sentido de que, além de aceitar e compreender que a abuso de substâncias psicoativas é uma questão de saúde, faz-se necessário aceitar e compreender que mulheres também fazem consumo destas substâncias, e tem suas subjetividades para além do biológico, questões com caráter social que devem ser abordadas a fim de garantir atendimento integral.

Ao reconhecer tal necessidade, reconhece-se que mulheres fogem ao padrão feminino imposto socialmente, além de reconhecer que os aspectos conjunturais de uma sociedade patriarcal e capitalista interferem não só na saúde sexual e reprodutiva da mulher ou na figura de proprietário, que muitos homens exercem sobre suas

companheiras e é aceitável por grande parte da sociedade, levando à agressão física como forma de resolução de conflitos. Mas, também interferem no modo que as mulheres vão interagir com o mundo, na forma que se identificarão nesta sociedade.

No âmbito das políticas públicas direcionadas às mulheres observam-se diversas ações voltadas ao caráter biológico e à violência doméstica, ressaltando assim, a tendência ao reducionismo com que a saúde da mulher pode ser interpretada, focando especificamente em seu papel reprodutor, bom como o impasse ainda em relação ao fim da violência contra a mulher.

Outro ponto recorrente em se tratando de atendimento a mulheres seja na saúde ou na política de assistência social em geral, é o chamado empoderamento, não seria viável utilizá-lo em se tratando de um estudo voltado a mulheres dependentes químicas, e considerando a construção histórica da figura feminina na sociedade, por ser entendido o termo empoderamento como uma prática a nível individual. Para que ocorra de fato o chamado empoderamento é necessário que haja uma rede que garanta a manutenção deste. É necessário, antes das mulheres se empoderarem, a existência de espaços onde esta força/poder possa ser utilizada. Para além do pseudopoder exercido dentro de seus lares, expressos em barganhas e jogos diários entre seus familiares.

Pautando-se na visão exclusivamente do empoderamento feminino, caminhamos a uma visão liberalista em que cada indivíduo se torna responsável por seus atos e condições sociais, gerando, possivelmente, nova situação de frustração, caso este não seja alcançado. Como exposto no estudo, a dominação de gênero e subestimação da figura feminina é histórica, a definição de papéis baseada nessa dominação interfere na subjetividade e forma com que os sujeitos interagem no espaço ao qual ocupam.

Assim sendo, a figura feminina, ainda que, em algum momento, encontre-se em posição social superior à do homem, será subestimada pela figura masculina (BEAUVOIR, 1980). Afirmação que, embora soe radical, se vista afastada do contexto histórico e fatores que influenciaram em sua elaboração contribui para a explanação do que vem a ser a referida “sensação de não pertencimento” por parte das usuárias presente nos relatórios analisados. Aponta a necessidade e importância de direcionar, inicialmente, como já citado, os atendimentos às demandas características femininas, como um meio de alcançar o objetivo destas usuárias, sendo a abstinência ou redução de

danos. Esta competência cabe ao assistente social, pela função que este profissional exerce na saúde, sendo este profissional geralmente o primeiro a ter contato direto com as/os usuárias/os. O posicionamento do código de ética profissional do Serviço Social é contra a dominação de gênero. Assume postura de fortalecimento da igualdade de gênero. Por este ponto vista, cabe aos profissionais de Serviço Social assegurar a execução deste posicionamento nos espaços aos quais estejam locados.

Trazendo esta postura à saúde, mais especificamente à saúde das mulheres dependentes químicas, o atendimento às suas especificidades, discutidas neste estudo, passa diretamente pelo assistente social, por ser esperado que este profissional tenha maior contato com as questões para além do processo saúde/doença. Portanto, é esperado que este profissional tenha formação para lidar com as relações de gênero, expostas durante os atendimentos, resultantes da figura feminina definida socialmente.

Nas atuais condições, o atendimento às demandas femininas, de modo a garantir a integralidade e amplitude ao se abordar a temática do abuso de substâncias psicoativas feminina, bem como seus fatores determinantes e estigma social, é realizado por capacidade individual de cada profissional que lida com esta área.

Bibliografia.

ALMEIDA, Rosa Maria; SCHEFFER, Morgana. **Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos.** Revista Neuropsicologia Latinoamericana ISSN 2075-9479 Vol 2. No. 3. 2010, 1-11.

AZEVEDO, R.C.S. **Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco.** Tese apresentada ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas, área de concentração Saúde Mental. UNICAMP, 2000.

BRASIL. Lei Federal nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Vade Mecum. E-book, Saraiva, 13ª edição atualizada e ampliada, 2012.

_____ Lei Federal nº 6368/1976. LEI DE ENTORPECENTES - REVOGADA. Dispões sobre medidas de repressão ao tráfico e abuso de substâncias psicoativas.

_____ Lei Federal nº 10.216/2011. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Vade Mecum. E-book, Saraiva, 13ª edição atualizada e ampliada, 2012.

_____ Lei Federal nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Vade Mecum. E-book, Saraiva, 13ª edição atualizada e ampliada, 2012.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2ª Reimpressão. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

_____. Política Nacional sobre Drogas/Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

BRASILIANO, Silvia; HOCHGRAF, Patrícia B. **Drogadicção Feminina: A Experiência de um Percurso**. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier Da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (orgs). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

CASTRO, Maria Helena Guimarães./ **Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de saúde** in caderno cebs nº35:15-21, jul. 1992.

CFESS/ **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Série (trabalho e projeto social nas políticas sociais). Brasília, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 62, Cortez, 2000.

COSTA, A. M. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, 1992

DIEESE **Anuário das mulheres brasileiras**./ DIEESE – São Paulo: DIEESE, 2011, 300 p.

DUQUE-ARRAZOLA, Laura S. **O Lugar das Mulheres nas Políticas de Assistência Social: um estudo sobre a experiência do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil em Pernambuco.** CSSA, Serviço Social, UFPE, Recife, 2004 (Tese de doutorado).

_____. **Política De Assistência Social E Os Tempos Sociais Femininos: Um Caso Brasileiro** Nómadas (Col), núm. 24, abril, 2006, pp. 80-90 Universidad Central Colombia.

_____. 2009. **O sujeito feminino nas políticas de assistência social.** In, MOTA Ana E (Org.) **O Mito da Assistência Social.** 3ª ed. São Paulo: Cortez.

ENGELS, Friedrich. **Origem da família, da propriedade privada e do estado(a).** 3. ed. São paulo: Global, 1986. 237 p.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

FERREIRA PEM & Martini RK. **Cocaína: lendas, história e abuso.** Rev. Bras. Psiquiatria 2001; 23(2): 96-9.

FISHER, Helen, F, **El Contrato Sexual. La evolución de la conducta humana,** Barcelona, Salvat Editores, 1987 Revista Quadrimestral da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. vol. 14, n.1 (40)- jan./abr.2003. Disponível em: <<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/40-dossiefaurym.pdf>>

FONSECA, Larissa Alves/**O estigma sobre mulheres alcoolistas em tratamento no Serviço de Estudos e Atenção ao usuário de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília.** Monografia apresentada ao depto. de Serviço Social 2009.

LEAL, Mônica Brito do Rêgo/ **Ser mulher e dependente química: adesão ou adaptação do tratamento?** Universidade de Brasília. Monografia apresentada ao depto. de Serviço Social 2009.

LISBOA, T. K. **O empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais.** Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

LISBOA, T. K.; PINHEIRO, E. A. **A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher.** *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 199-210, jul./dez. 2005.

MANDÚ, E.N.T. et al. **Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações.** *Rev.Esc.Enf.USP*, v. 33, n.1, p.31-8, mar. 1999.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, p. 273-303, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro/**Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos.** *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.*/ Carlos Montaña. – 5. ed. – São Paulo: Cortez, 2008. p. 270-277.

MORAES, Maria L. Quartim/ **Dossiê : Marxismo, feminismo e "estudos de gênero".***Marxismo e feminismo : afinidades e diferenças.* (s/d).

MORAES, Maristela; CASTRO, Ricardo; PETUCO, Dênis/ **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde.** (Org.). Recife: Instituto PAPAI, (Série Homens e Políticas Públicas). 2010.

NOGUEIRA, V.M.R; MIOTO, R.C.T. – **Desafios atuais do sistema único de saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** São Paulo: Cortez 2006

SAFFIOTI, Heleieth I. B. *Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade* (s/d.).

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SILVA, Débora de Souza **Gênero e assistência as usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?** / Débora de Souza Silva ; orientadora: Zélia Milanez de Lossio e Seiblitiz. – Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Serviço Social, 2005. 97 p.

SILVA SANTOS, Álvaro **Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial.** Saúde Coletiva, Vol. 39, Núm. 7, 2010, pp. 96-98Editorial BolinaBrasil

SOUTO, Kátia Maria B./ **A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero.** SER Social, Brasília, v.10, n.22,p.161-182, jan./jun; 2008.

VARGAS, Cláudia Regina Merçon de. **Semelhanças na Vida de Mulheres em Situação de Abuso ou Dependência de Álcool.** Dissertação de Mestrado. Brasília, 2002.

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde.** In: MOTA, A. E. *et al.* (orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

YASBEK, Maria Carmelita. Terceiro Setor e despolitização. *Revista Inscrita*, Brasília, v. 6, n. 1, p. 13-19, 2000.

Anexo I: aprovação junto ao CEP/IH

Anexo II: Instrumental de coleta de dados.

**Anexo III: Ficha de acolhimento de usuários do
SEAD/HUB.**